



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O cuidado do EEESMO
em torno da episiotomia seletiva**

Mariana Calaim Correia de Lacerda Simões

Lisboa

2016





Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

O cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva

Mariana Calaim Correia de Lacerda Simões

Orientador: Prof.^a Maria Teresa Santana Félix

**Lisboa
2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Dedico este trabalho à minha querida filha Filipa, porque foi a partir da sua gestação e nascimento que me apaixonei pela área da Saúde Materna e Obstétrica, e porque diariamente me motivou a lutar pela concretização do CMESMO.

Muito obrigada a todos aqueles que, de diferentes maneiras, me ajudaram a concretizar este curso.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

ACNM – American College of Nurse-Midwives

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CS – Convivente Significativo

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

Ex. – Exemplo

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

g – Gramas

ICM – International Confederation of Midwives

IG – Idade Gestacional

JBÍ – Joanna Briggs Institute

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

ml – Mililitros

OE – Ordem dos Enfermeiros

Prof.^a – Professora

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SIC – Segundo informações colhidas

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente Relatório de Estágio vem completar um ciclo de estudos de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O seu objetivo é confirmar o desenvolvimento de competências essenciais para a prática de cuidados de enfermagem especializados, no domínio da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e o reforço das capacidades de investigação, raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema.

Através de uma metodologia de aprendizagem por projeto, escolhi aprofundar o tema *o cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva*, por considerar pertinente e bastante favorecedor do meu desenvolvimento profissional. Neste sentido, foi conduzida uma Revisão da Literatura, segundo a metodologia proposta pelo JBI para RSL, pretendendo dar resposta à questão: quais os cuidados do EEESMO que promovem a episiotomia seletiva, durante a gravidez e o TP?

Partindo da linha de pensamento da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e fundamentando-me em evidência científica, em parceria com mulher e seu CS, foram construídos planos de cuidados com o objetivo de os capacitar para a tomada de decisão esclarecida e para a ação de autocuidado, tendo em vista metas previamente estabelecidas, congruentes com o projeto de saúde que a mulher vive e persegue.

A análise crítica e reflexão sobre as vivências da prática de cuidados em contexto de EC e ER conjuntamente com os resultados da revisão, demonstrou que o cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva é sobretudo preventivo, tendo como base a otimização do processo fisiológico do TP, e que este é eficaz na diminuição da incidência do trauma perineal.

Palavras-chave: parturientes, grávidas, cuidados do EEESMO e episiotomia seletiva.

ABSTRACT

The following internship report serves as the conclusion of a cycle of studies which purpose is to confirm the developing of essential skills in the specialized practice of nursing care, in the area of maternal health, obstetrics and gynecological, and to reinforce investigation abilities, critical reasoning and the argumentation around a problem.

Through a targeted learning methodology, I chose to explore the theme *the midwife's care concerning the selective episiotomy*, for considering it pertinent and enlightening in my professional evolving. With that in mind, a literature revision was conducted, according to the methodology proposed by the JBI for RSL, intending to answer the question: which the care of midwives promote the selective episiotomy, during pregnancy and labor?

Based on *Dorothea Orem's* Nursing Self-Care Deficit Theory and grounding me in scientific evidence, in partnership with the woman and her significant other, care plans were built towards enabling a clarified decision and the action of selfcare, in view of previously established targets, drawn from the health project that she lives and pursues.

The critical analysis and reflection about the experiences provided by the care given during the internship, together with the resulting data that the revision had given, demonstrated that the midwife's care around the selective episiotomy is above all preventive, supporting the optimization of the physiological process of labor and birth, and that one is effective in decreasing the incidence of perineal trauma.

Key-words: *women in labor, pregnant women, midwife care and selective episiotomy.*

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. PLANO DE TRABALHO	16
1.1. Metodologia para a Revisão da Literatura	16
1.2. Metodologia para o desenvolvimento de competências em contexto clínico	23
1.3. Considerações éticas	26
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMO FUNDAMENTADA NA EVIDÊNCIA	29
2.1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	30
2.2. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	34
2.2.1. O cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva	43
2.3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	52
3. LIMITAÇÕES	57
4. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Elementos PICO da questão de revisão.	18
Tabela 2. Critérios de inclusão.	18
Tabela 3. Mapa conceptual.	19
Tabela 4. Pesquisa efetuada na base de dados CINAHL Plus.	20
Tabela 5. Pesquisa efetuada na base de dados MEDLINE.	21

INTRODUÇÃO

A minha participação no 6º CMESMO foi motivada pelo desejo de aprofundar o meu conhecimento, enquanto enfermeira, no domínio da ESMO, adquirir as competências essenciais para o exercício da especialidade neste domínio e, assim, poder exercê-la de forma segura e eficaz, num futuro próximo, desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, e a capacidade de lidar com questões complexas.

As competências essenciais para o exercício da especialidade em ESMO encontram-se descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011), no Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011) e no documento Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, elaborado pela ICM (2013).

Destas competências, destaco aquelas que são específicas do EEESMOG, uma vez que são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, p.8649) para a área de especialidade. São elas:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuia a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserida na comunidade.

(Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011, p.8662)

A finalidade do CMESMO é promover a aquisição e desenvolvimento das competências essenciais para a prática de cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, e reforçar as capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema (ESEL, 2014). Nesse sentido, a concretização do Plano

de Estudos tem proporcionado variados momentos de aprendizagem, incluindo o trabalho autónomo, as aulas teóricas e práticas, os trabalhos de grupo, os EC, as sessões de análise das práticas e a orientação tutorial, todos eles fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, que, por sua vez, contribui para o desenvolvimento de competências.

O presente relatório vem completar este ciclo de estudos de mestrado. Ele decorre do ER, durante o qual implementei o projeto “O cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva” (por mim construído, ao longo da Unidade Curricular Opção). Além disso, este EC permitiu-me dar continuidade ao meu desenvolvimento pessoal e profissional através da prática de cuidados de enfermagem especializados nos contextos de Bloco de Partos e de Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica, onde o EEESMO tem oportunidade de intervir em diferentes áreas de atividade.

Assim sendo, o objetivo deste relatório é, não só concretizar todo o processo de desenvolvimento do projeto, mas também apresentar, analisar e refletir sobre a minha prática de cuidados, alicerçada em evidência científica atual, e sobre as competências que adquiri, ao longo do percurso formativo.

Pretendendo obter o grau de Mestre, este trabalho será, posteriormente, sujeito a apreciação e discussão pública.

A área de estudo que desejei aprofundar através da elaboração de um projeto intrincado no ER e nos diferentes EC, diz respeito a uma das intervenções que continua a ser implementada de forma rotineira nos blocos de parto em Portugal – a episiotomia – contrariamente às práticas promotoras do parto normal, definidas no documento de consenso Pelo Direito ao Parto Normal (Pinheiro, Catarino, Leite, Freitas e Marques, 2012).

Apesar das orientações da WHO relativamente aos cuidados no parto normal (WHO, 1996) e dos esforços realizados pela OE e pela APEO para promover estratégias para o desenvolvimento e implementação do parto normal, em Portugal continuamos a assistir a parturientes serem cuidadas de maneira rotineira, com elevado grau de intervenção, mesmo nas situações de baixo risco obstétrico (Pinheiro et al., 2012). Este excesso de intervenção, além de aumentar

“a probabilidade da intervenção clínica subsequente” (Pinheiro et al., 2012, p.17), acarreta riscos totalmente desnecessários tanto para a mulher, como para o feto.

A episiotomia é uma intervenção cirúrgica que consiste numa incisão no períneo para aumentar o espaço na saída do canal de parto (Posner, Black & Jones, 2013).

Num parto pode existir uma indicação válida para a sua execução. No entanto, o seu uso rotineiro é desaconselhado por não existirem benefícios para a mulher e para o feto (Carroli & Belizan, 1999). Além disso, comparativamente com a episiotomia seletiva, ela está associada a taxas mais elevadas de lacerações perineais, taxas mais baixas de mulheres com períneo íntegro (WHO, 1996), elevado número de suturas e subseqüentes complicações durante o processo de cicatrização (Carroli & Belizan, 1999), tornando-se prejudicial para as mulheres.

A episiotomia seletiva, por sua vez, está associada a um acréscimo de lacerações na região perineal anterior, sendo esta a sua desvantagem (Carroli & Belizan, 1999). No entanto, estas causam menor sangramento, menor dor e nem sempre necessitam de sutura (MCEESMO, 2013).

Portugal foi o segundo país da Europa com a maior taxa de episiotomia em partos vaginais (72,9%), tendo sido a menor de 4,9% na Dinamarca, e a maior de 75% no Chipre (EURO-PERISTAT, 2010). Contrariamente ao que parece acontecer no nosso país, a WHO (1996) incentiva os serviços a alcançarem uma taxa de 10%, classificando o uso rotineiro ou liberal da episiotomia como uma prática que é frequentemente utilizada de forma inapropriada.

É, portanto, necessário discutir criticamente e reformular o modelo de assistência ao parto no que diz respeito à implementação da episiotomia, procurando valorizar os modelos que relevam o carácter fisiológico da gravidez e do parto (Daphne e Trench, 2005, citados por FAME, 2009).

Conforme enunciado pela ICM (2013, p.2), o papel único do EEESMO no cuidado à mulher em idade reprodutiva durante a gravidez, parto e puerpério inclui conceitos-chave, como:

“- O respeito pela dignidade humana e pelas mulheres enquanto pessoas com plenos direitos humanos;

- A defesa das mulheres para que as suas vozes sejam ouvidas e as suas escolhas de cuidados de saúde sejam respeitadas; (...)
- A defesa do trabalho de parto e nascimento fisiológico normal para alcançar melhores resultados para as mães e bebés” (tradução do autor).

Assim sendo, o EEESMO é responsável por assumir, de forma ativa, o seu papel autónomo, como profissional especializado, na defesa do parto normal:

- Investigando “sobre práticas clínicas, fisiologia e suporte aos processos fisiológicos da gravidez, trabalho de parto, nascimento (...) e pós-parto” (Pinheiro et al., 2012, p.22);
- Adquirindo e aplicando “sistematicamente conhecimentos e métodos que otimizam o desenvolvimento fisiológico (...) trabalho de parto” (Pinheiro et al., 2012, p.23);
- Fomentando “práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto” (Pinheiro et al., 2012, p.23);
- Evitando “a utilização por rotina em parturientes de baixo risco de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado” (Pinheiro et al., 2012, p.23).

Neste contexto, surgiu a questão que direcionou a Revisão da Literatura: **quais os cuidados do EEESMO que promovem a episiotomia seletiva, durante a gravidez e o TP?**

Considerando o tema em aprofundamento e as competências comuns e específicas do EEESMOG (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011; Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011), defini como objetivos:

- Desenvolver competências do domínio do *cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*, que me permitam capacitar a mulher para a tomada de decisão sobre a prática da episiotomia e para a implementação de medidas de autocuidado que fortalecem e protegem o períneo;
- Desenvolver competências do domínio do *cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP*, que me permitam promover a

normalidade relativamente à abordagem do períneo e ter uma intervenção seletiva quanto à utilização da episiotomia;

- Desenvolver competências do domínio do *cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*, que me permitam promover a saúde e bem-estar global da mulher e família;
- Desenvolver competências do domínio da *responsabilidade profissional, ética e legal*, que me permitam promover a proteção dos direitos humanos da mulher durante o TP, quanto à prática da episiotomia.

Ainda que no presente relatório me tenha concentrado em três das competências específicas do EEESMO, as restantes quatro foram também foco da minha atenção, as quais adquiri e desenvolvi, como já anteriormente explicitado e avaliado em cada um dos relatórios inerentes aos diferentes EC.

A teoria que sustenta a minha prática de cuidados é a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem. Segundo esta teoria, as pessoas necessitam da enfermagem quando estão incapazes de providenciar por si próprias a quantidade e qualidade de cuidado necessário para manter a sua saúde e bem-estar (Fitne, 1988).

Assim sendo, de forma sucinta, o meu papel enquanto EEESMO é ajudar a mulher, no âmbito do seu ciclo reprodutivo, a colmatar as suas necessidades de autocuidado terapêutico, tendo como meta a promoção do projeto de saúde que esta vive e persegue. Focando-me no cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva, o meu papel é capacitar a mulher para a tomada de decisão e para a implementação de ações de autocuidado que irão promover a episiotomia seletiva.

Em consonância com a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, a mulher é considerada um agente de autocuidado e/ou de cuidar dependente (quando cuida do recém-nascido), sendo uma das premissas subjacentes à teoria geral de enfermagem: os seres humanos possuem capacidades para providenciar o seu próprio autocuidado, ou cuidar de dependentes, indo ao encontro dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde. Estas capacidades são aprendidas e lembradas. Além disso,

são influenciadas por diferentes variáveis, tais como a idade, estágio de desenvolvimento, experiências vividas e passado sociocultural (Meleis, 2012).

Através do processo de enfermagem, serão planejados e executados os sistemas de enfermagem (sistema de enfermagem totalmente compensatório, sistema de enfermagem parcialmente compensatório e sistema de enfermagem de apoio-educação) e os métodos de ajuda (atuar por ou fazer pelo outro, orientar e dirigir, fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal, e ensinar), de acordo com as necessidades de ação e as suas limitações de ação, conforme Orem preconiza (Tomey e Alligood, 2004).

No relatório irei utilizar a taxonomia CIPE, uma vez que é uma linguagem científica e universal, inerente ao cuidado de enfermagem.

Posto isto, o relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos:

No capítulo 1 – *Plano de trabalho* serão apresentados os métodos utilizados para alcançar os objetivos propostos para este relatório. Serão, ainda, enunciadas as considerações éticas atendidas durante o desenvolvimento do projeto e na elaboração do presente relatório.

No capítulo 2 – *Análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do EEESMO fundamentada na evidência* irei partilhar algumas vivências da minha prática de cuidados durante os EC e o ER e analisá-las de forma crítica e reflexiva, pretendendo transparecer as competências desenvolvidas.

No capítulo 3 – *Limitações* serão identificadas as limitações do trabalho.

Por último, no capítulo 4 – *Conclusão* irei enunciar o contributo do presente trabalho para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados na área da Saúde Materna e Obstétrica, bem como perspetivar a sua continuidade a nível pessoal, da prática de cuidados e da investigação.

1. PLANO DE TRABALHO

O plano de trabalho que construí para alcançar os objetivos propostos, insere-se numa metodologia de aprendizagem onde o estudante possui um papel ativo no seu processo de aprendizagem, definindo os seus objetivos, bem como as estratégias que irá utilizar para os alcançar. Esta metodologia é motivadora para o estudante, pois está centrada nele, nos seus interesses e necessidades pessoais de aprendizagem, assentes na finalidade e objetivos do curso. É também, pelo mesmo motivo, uma metodologia que convida à criatividade do estudante.

Para apresentar este plano, dividi o presente capítulo em três subcapítulos: 1.1. Metodologia para a Revisão da Literatura; 1.2. Metodologia para o desenvolvimento de competências em contexto clínico; 1.3. Considerações éticas.

1.1. Metodologia para a Revisão da Literatura

No sentido da qualidade do exercício profissional, no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o Enfermeiro incorpora os resultados da investigação válidos e relevantes na sua prática, sendo um dos princípios chave da prestação e gestão de cuidados (OE, 2012). Desta forma, poderá exercer uma Prática Baseada na Evidência, a qual “constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem” (OE, 2006, p.2).

Por este motivo é competência do Enfermeiro valorizar “a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade”, assumir a “responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências” e atuar “no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua” (OE, 2012, p. 22-24).

A investigação nas ciências da saúde tem providenciado à profissão de enfermagem novos conhecimentos para informar acerca da promoção da saúde, prevenção de complicações para a saúde, promoção do bem-estar e do

autocuidado ao longo do ciclo vital e readaptação do cliente. Contudo, pode ser difícil utilizar a evidência científica apropriadamente, uma vez que existem muitos estudos disponíveis, alguns dos quais não são de elevada qualidade e confiáveis. Além disso, não é fácil interpretar os resultados de investigação conforme são apresentados nas publicações científicas (Aromataris & Pearson, 2014).

Surge assim a importância da RSL, um meio pelo qual resultados de estudos relevantes são identificados, analisados e sintetizados, com o mesmo rigor esperado para toda a investigação (Aromataris & Pearson, 2014). Esta envolve objetivos e questão claramente articulados, a serem respondidos; critérios de inclusão e exclusão previamente estipulados; uma pesquisa abrangente para identificar todos os estudos relevantes; a avaliação da qualidade dos estudos incluídos; a análise dos dados extraídos; a síntese e apresentação dos resultados; e informação transparente acerca da metodologia utilizada na condução da revisão (Aromataris & Pearsong, 2014).

Foi neste contexto e porque pretendo exercer uma prática de Enfermagem fundamentada em evidência científica recente, que conduzi uma Revisão da Literatura. Esta não é denominada sistemática uma vez que considero que não identifiquei todos os estudos relevantes existentes para a questão colocada. Contudo, na sua condução, segui a metodologia proposta pelo JBI para revisões sistemáticas.

De acordo com Aromataris & Pearson (2014), esta envolve os seguintes passos:

1. Formular a questão de revisão;
2. Definir os critérios de inclusão e de exclusão;
3. Localizar estudos;
4. Selecionar estudos;
5. Aferir a qualidade dos estudos;
6. Extrair os dados;
7. Analisar e sintetizar os estudos relevantes;
8. Apresentar os resultados;
9. Interpretar os resultados e determinar a sua aplicabilidade.

O tema que escolhi aprofundar – *episiotomia seletiva* – é um tema sobre o qual tenho particular interesse e que considere ser adequado face aos objetivos do curso, às minhas necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional, e ao contexto onde iria concretizar o ER.

A **formulação da questão** de investigação surgiu a partir da leitura de obras de referência na área da ESMO e de artigos de investigação sobre o tema escolhido e da reflexão individual e conjunta com a docente orientadora. Uma questão clara, não só orienta os revisores na condução da revisão, como ajuda os leitores a decidirem pela leitura do trabalho (Stern & McArthur, 2014). Assim, neste processo, foram construídas diversas questões, até determinarmos aquela que nos pareceu ser a mais adequada: *quais os cuidados do EEESMO que promovem a episiotomia seletiva, durante a gravidez e o TP?*

De acordo com Stern & McArthur (2014), uma boa questão deve incorporar os quatro elementos incluídos na mnemónica PICO: população, intervenção, comparação de intervenção, resultados. Esta mnemónica ajuda os revisores a estruturar a questão da revisão e define os conceitos sobre os quais a pesquisa irá incidir. Na tabela 1 apresento os elementos PICO, incorporados na questão de revisão.

Tabela 1. Elementos PICO da questão de revisão.

P (População)	I (Intervenção)	C (Comparação de intervenção)	O (Resultados)
Grávidas e parturientes	Cuidados do EEESMO que promovem	Não é aplicável nesta questão de pesquisa	Episiotomia seletiva

Avançando para o segundo passo, a partir da questão **defini os critérios de inclusão**, os quais são apresentados na tabela 2. Eles irão determinar quais os artigos que serão selecionados (Stern & McArthur, 2014).

Tabela 2. Critérios de inclusão.

	Inclusão
Tipo de estudos a serem incluídos	Estudos de investigação primários, de abordagem quantitativa, disponíveis no seu formato original.

Intervenção	Cuidados do EEESMO que promovem
Resultado	Episiotomia seletiva
População	Grávidas e parturientes
Linguagem da publicação	Inglês, português e espanhol
Período de tempo	Estudos publicados desde o ano de 2010

Para **localizar os estudos**, optei por aceder às bases de dados CINAHL Plus e MEDLINE, utilizando a plataforma de pesquisa EBSCOhost.

O processo de pesquisa foi iniciado em abril do ano 2015.

O primeiro passo formal em todas as pesquisas é determinar os termos alternativos, ou sinónimos, para os conceitos identificados através da mnemónica PICO (Aromataris & Riitano, 2014). Neste sentido, comecei por realizar pesquisas simples, utilizando os conceitos, e por observar os títulos, os resumos e os descritores dos artigos, permitindo-me encontrar termos chave importantes para a minha questão. Ainda identifiquei os termos indexados, relativos aos conceitos, utilizados por cada uma das bases de dados.

Conforme sugerido pelos mesmos autores (2014), construí uma tabela lógica, denominada *Mapa conceptual*, na qual organizei todos os termos e conceitos identificados, os quais são apresentados na tabela 3.

Para conduzir uma pesquisa abrangente, devo introduzir tantos termos chave quanto possível (Aromataris e Riitano, 2014), sendo fundamental este processo de identificação.

Tabela 3. Mapa conceptual.

	Conceitos-chave		
	Parturientes	Cuidados do EEESMO	Episiotomia seletiva
Termos alternativos ou sinónimos	Mulher em TP; Parturient; Woman in labor; Grávida; Gravidez; Pregnant.	Cuidados de Enfermagem Especializados; Skilled nursing care; Midwife care.	Selective episiotomy; Episiotomy utilization; Restrictive use of episiotomy.

Termos indexados CINAHL	Labor; Labor Stage, First; Labor Stage, Second; Expectant Mother; Pregnancy.	Advanced Nursing Practice; Nurse Midwifery; Nurse Midwives; Midwives; Prenatal Care; Intrapartum Care; Obstetric Care; Perineal Care.	Episiotomy
Termos indexados MEDLINE	Women; Labor Stage, First; Labor Stage, Second; Labor Obstetric; Parturition; Pregnant Women; Pregnancy.	Midwifery; Maternal-Child Nursing; Obstetric Nursing; Prenatal Education; Prenatal Care.	Episiotomy

Após reunir os termos de pesquisa, empreendi uma segunda pesquisa em ambas as bases de dados, combinando os termos identificados através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, conforme representado nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Pesquisa efetuada na base de dados CINAHL Plus.

Número de pesquisa	Combinação	Resultado
P1	Todos os termos relativos à palavra-chave “parturientes” foram combinados utilizando “OR”	172 196 artigos
P2	Todos os termos relativos à palavra-chave “cuidados do EEESMO” foram combinados utilizando “OR”	32 886 artigos
P3	Todos os termos relativos à palavra-chave “episiotomia” foram combinados utilizando “OR”	1 153 artigos

P4	P1 AND P2 AND P3	182 artigos
-----------	-------------------------	--------------------

Tabela 5. Pesquisa efetuada na base de dados MEDLINE.

Número de pesquisa	Combinação	Resultado
P1	Todos os termos relativos à palavra-chave “parturientes” foram combinados utilizando “OR”	1 441 418 artigos
P2	Todos os termos relativos à palavra-chave “cuidados do EEESMO” foram combinados utilizando “OR”	62 100 artigos
P3	Todos os termos relativos à palavra-chave “episiotomia” foram combinados utilizando “OR”	2 741 artigos
P4	P1 AND P2 AND P3	300 artigos

A partir desta pesquisa, obtive um total de quatrocentos e oitenta e dois artigos.

Estando a pesquisa completa, **selecionei os estudos para avaliação crítica**, utilizando os critérios de inclusão. Para isso, por sugestão de Porritt, Gomersall & Lockwood (2014), revi os artigos utilizando as seguintes questões: o artigo foi publicado no período de tempo considerado no protocolo? O artigo foi publicado numa língua especificada nos critérios de inclusão? A população estudada vai ao encontro dos critérios de inclusão? O estudo olha para o fenómeno estabelecido na questão de revisão? O desenho do estudo foi reportado? O desenho do estudo é relevante para a questão de revisão? É um resultado medido?

Desta seleção, resultaram cinco artigos.

Seguidamente, foi **aferida a qualidade** destes artigos, através dos instrumentos de apreciação do JBI (2014): Critical Appraisal Cheklist for Descriptive / Case Series; Critical Appraisal Cheklist for Randomised Control / Pseudo-randomised Trial; Critical Appraisal Cheklist for Systematic Reviews and Research Synteses. De acordo com Porritt, Gomersall & Lockwood (2014), a avaliação critica tem dois propósitos: excluir os estudos que são de baixa qualidade e cujos resultados poderão comprometer a validade das recomendações da revisão; identificar as forças e limitações dos estudos incluídos.

Foram considerados na revisão os artigos que atingissem um score igual, ou superior a seis, pelo que foram incluídos quatro dos artigos.

Seguiu-se a **extração dos dados**. Para isto procedi à leitura dos artigos incluídos e, através da utilização de um instrumento de extração de dados estandardizado, extraí dados descritivos e de resultados relevantes para a questão de revisão.

No Apêndice 1, para cada um dos artigos incluídos apresento os respetivos instrumentos de apreciação da qualidade e de extração de dados preenchidos.

Os passos que se seguem - **analisar e sintetizar os estudos relevantes, apresentar os resultados e interpretar os resultados e determinar a sua aplicabilidade** – foram realizados, mas optei por apresentá-los na secção 2.2.1 fundamentando a intervenção realizada, suportada pelo modelo teórico do autocuidado universal de Orem.

1.2. Metodologia para o desenvolvimento de competências em contexto clínico

O meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura EEESMO, tem sido gradual, em consonância com as sucessivas etapas do Plano de Estudos do CMESMO.

Neste percurso, para cada um dos EC elaborei um Projeto de Aprendizagem particular, isto é, que considerou a finalidade e os objetivos individuais de cada um deles, a possibilidade contextual e temporal para desenvolver competências necessárias para a prática da especialidade e as minhas necessidades de aprendizagem.

Estes projetos foram instrumentos orientadores do meu processo de aprendizagem durante os EC, porque em cada um deles estavam enunciadas as aprendizagens/competências que eu pretendia desenvolver durante o EC específico e descritas as tarefas e as atividades que iria concretizar para as alcançar. Estas atividades foram definidas de forma exaustiva, a partir de fundamentação teórica consistente.

Os projetos de aprendizagem também guiaram o trabalho dos meus orientadores, na supervisão e orientação do meu percurso formativo. Neste sentido, cada projeto foi apresentado e discutido com o docente orientador e com o orientador de local de estágio. Em algumas situações, por sugestão dos mesmos, foram feitas reformulações, considerando o meu melhor interesse.

Ainda inserida numa metodologia de aprendizagem por projeto, mas agora centrada numa área de estudo específica e que desejava aprofundar, também desenvolvi o projeto intitulado “O cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva”, o qual igualmente orientou o meu trabalho autónomo e com os orientadores, durante os diferentes EC, mas, sobretudo, durante o ER.

Foi neste projeto que construí o protocolo da Revisão da Literatura anteriormente apresentada e, tal como nos outros projetos, estabeleci objetivos e determinei tarefas e atividades para a sua consecução. Sendo um projeto que se iria estender por um longo período de tempo (passando pelos diferentes EC), ainda elaborei um cronograma para a concretização das diferentes atividades.

O processo reflexivo também foi, e continuará a ser, um instrumento fundamental neste processo de desenvolvimento de competências. Ele foi utilizado durante a minha prática diária de cuidados, em contexto de EC, bem como na elaboração de diários de aprendizagem, nos quais descrevi, analisei e refleti sobre vivências desta mesma prática, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs.

Neste processo, não busquei apenas o conhecimento teórico, representado em literatura de referência, artigos de investigação, ou em recomendações de organizações de referência na área da saúde. Valorizando o percurso profissional daqueles que trabalham há mais anos na área da Saúde Materna e Obstétrica, também busquei e considerei o seu conhecimento prático, isto é, o “saber fazer” “desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida” (Benner, 2001, p. 32).

No presente trabalho, a reflexão continuará a ser uma pedra basilar, sendo utilizada para partilhar e refletir vivências, confirmar a aquisição de competências e projetar atuações no futuro.

De forma a favorecer este processo, construí ainda um instrumento de registo da interação, relativo ao tema em aprofundamento, o qual é apresentado no Apêndice 2. Durante o ER, fui registando as intervenções realizadas e outros dados relevantes para a reflexão da prática de cuidados e subsequente reajuste dos cuidados, respeitando os princípios éticos subjacentes (os quais serão mencionados no próximo subcapítulo). Os registos serão mobilizados na análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do EEESMO fundamentada em evidência.

Quanto à operacionalização do referencial teórico de Enfermagem em contexto clínico, mobilizei o Processo de Enfermagem de Dorothea Orem, como referido na introdução. De acordo com George (1993, p. 98), citada por Torres, Davim e Nóbrega (1999), este constitui “um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado”.

Apesar de Orem (2001) designar a pessoa foco dos cuidados de enfermagem como paciente, nos contextos de cuidados especializados à mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo optei por designar a cliente por mulher, grávida, parturiente, puérpera ou mãe.

Orem (2001) entende o processo de enfermagem como sendo constituído pelo desempenho dos seguintes passos:

1. Fase de diagnóstico e prescrição: o diagnóstico de enfermagem consiste em determinar os requisitos de autocuidado existentes ou projetados. Para isto, é necessária a investigação e acumulação de dados sobre a grávida/parturiente/puérpera, suas necessidades de autocuidado terapêutico e a relação existente ou projetada entre eles. A prescrição de operações, por sua vez, determina os meios necessários para preencher os requisitos de autocuidado e especifica os papéis do enfermeiro, do paciente e/ou do agente de cuidar dependente, no preenchimento destas exigências e na regulação do exercício ou desenvolvimento das capacidades para o autocuidado.
2. Esboço para a operação regulatória: consiste em planejar um sistema de enfermagem efetivo e eficiente, envolvendo selecionar formas válidas de auxiliar a grávida/parturiente/puérpera. Para isto, são consideradas as suas capacidades e limitações para o autocuidado e como os métodos de ajuda podem compensar estas limitações para o autocuidado terapêutico. Neste processo de planejamento, são ainda especificados o momento, o local, as condições ambientais e o equipamento necessário para a implementação dos cuidados.
3. Produção e controlo dos sistemas de enfermagem: o enfermeiro produz sistemas de enfermagem através da interação com a grávida/parturiente/puérpera e atua para a ajudar a preencher as suas exigências de autocuidado terapêutico e para regular o exercício ou desenvolvimento das suas capacidades para o autocuidado. Neste passo, o enfermeiro também atua com o propósito de decidir se o cuidado de enfermagem direto deve ser continuado na presente forma, ou se deve ser modificado, fundamentado na evidência.

A operacionalização do referencial teórico será demonstrada a partir da análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do EEESMO fundamentada na evidência, apresentada no segundo capítulo.

1.3. Considerações éticas

Norteadas pelo melhor agir profissional na prestação de cuidados e no processo de investigação em Enfermagem, procurei orientar e fundamentar as minhas decisões e atos na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE – Conselho Jurisdicional, 2015), uma vez que é:

“um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de Enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.9).

Durante os diferentes EC, assumi o dever de “respeitar e possibilitar a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro (...)” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.69) aceitando a opção da mulher e favorecendo a sua concretização.

Também procurei assumir, com rigor, o dever de informação, tendo como princípios subjacentes o reconhecimento da *autonomia* da mulher para traçar os seus próprios planos de vida, e da *liberdade* de fazer escolhas relativamente ao que afeta a sua vida (OE – Conselho Jurisdicional, 2015).

Assim, na prestação de cuidados à grávida/parturiente/puérpera, envolvendo o seu CS, assumi os deveres de:

- “informar (...) no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.73): antes de implementar os cuidados, informei sobre o objetivo e a natureza da intervenção, e sobre os riscos e complicações associadas. Desta forma, e corroborando a OE – Conselho Jurisdicional (2015), contribuí para o processo de adaptação face à situação presente e para a tomada de decisão;
- “respeitar, defender e promover o direito (...) ao consentimento informado” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.73): por ex., durante o primeiro estágio do TP informei a parturiente sobre o objetivo da episiotomia, em que consiste a intervenção, os seus riscos e possíveis complicações. Após informar, validei a mensagem, para garantir que

este possuía informação para decidir. Também esclareci dúvidas, mobilizando evidência científica recente. Por fim, respeitei a sua vontade expressa.

- “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito (...) em matéria de cuidados de enfermagem” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.73);
- “Informar sobre os recursos a que (...) pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.73): por ex., no Bloco de Partos existem recursos materiais que a parturiente pode utilizar para promover o seu conforto e a progressão do TP. Tendo, primeiramente, tomado conhecimento da existência destes recursos e compreendido como funcionam, informei a parturiente e o seu CS sobre os mesmos, incluindo os seus benefícios no bem-estar materno e fetal e na progressão do TP, modo de funcionamento e de os obter.

Considero que o princípio da *beneficência*, isto é “o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.60), acompanhou e orientou a arrogação destes deveres.

Na elaboração dos diários de aprendizagem e nos registos da interação, assumi o dever de manter o anonimato da(s) pessoa(s) envolvida(s), ocultando a sua identidade e partilhando apenas informação relevante. Além disso, o registo da interação para análise foi realizado sob consentimento informado. Desta forma, respeitei o princípio da *confidencialidade*.

O respeito e a proteção da *intimidade* física possuem grande importância no cuidar da mulher durante o TP, porque durante este processo são múltiplas as oportunidades de invasão à sua intimidade. Neste sentido, alguns dos meus cuidados foram: pedi o consentimento da parturiente para estar presente durante intervenções de diagnóstico ou terapêutica, nas quais eu era dispensável; procurei manter a parturiente coberta durante a realização do exame vaginal; procurei realizar o mínimo de exames vaginais; solicitei e aguardei a saída de outros profissionais da sala de parto (lugar onde habitualmente a mulher permanece durante o TP e até ser transferida para o serviço de internamento de

puérperas), antes de realizar cuidados de enfermagem que expusessem a sua intimidade.

Por último, na condução da Revisão da Literatura e na elaboração do relatório, assegurei os princípios de integridade académica, identificando claramente o(s) autor(es) nas citações e nas referências bibliográficas, e referenciando sempre e devidamente as fontes utilizadas.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMO FUNDAMENTADA NA EVIDÊNCIA

É chegado o momento de demonstrar que a finalidade do CMESMO foi alcançada, revelando a aquisição e desenvolvimento de competências que me irão permitir iniciar o meu percurso profissional enquanto enfermeira especialista no domínio da Saúde Materna e Obstétrica.

Considerando as áreas de atividade de intervenção do EEESMO, o presente capítulo foi dividido em três subcapítulos, de acordo com as principais competências que me propus desenvolver: 2.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; 2.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP; 2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Desta forma, em cada um deles serão partilhadas vivências relacionadas com a minha prática de cuidados de enfermagem especializados, em contexto de EC, que se inserem na área de atividade de intervenção específica do subcapítulo. Estas vivências, por sua vez, serão sujeitas a um processo de análise e reflexão, tendo como fundamento bibliografia na área da Saúde Materna e Obstetrícia, recomendações de organizações de referência na área da saúde, artigos de investigação e a evidência científica resultante da Revisão da Literatura conduzida.

O subcapítulo 2.2. é constituído por uma secção, na qual será abordado o tema em aprofundamento: o cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva.

2.1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Durante período pré-natal, o cuidado do EEESMO tem como metas gerais promover a saúde e bem-estar da mulher e do feto; prevenir complicações na gravidez; detetar ou cooperar no diagnóstico precoce de complicações na saúde da mulher e do feto e cooperar no seu tratamento; preparar a mulher/casal para o parto e para a parentalidade.

Ainda que durante o ER tenha tido oportunidade para desenvolver competências desta área de intervenção, os EC que mais contribuíram neste sentido foram o EC III, o qual decorreu no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, e o EC IV, que decorreu no contexto dos Cuidados de Saúde Secundários, num serviço de internamento de Medicina Materno-Fetal.

Durante o EC III, participei na assistência pré-natal, a qual era realizada de forma semelhante ao plano assistencial sugerido por Barradas et al. (2015), a partir da realização de consultas de enfermagem e de sessões de Preparação para o Nascimento.

Em concordância com Barradas et al. (2015), em cada consulta de vigilância da gravidez avaliei a condição materna e o estado fetal, pelos meios clínicos e técnicos apropriados, com a finalidade de diagnosticar precocemente requisitos de autocuidado de desenvolvimento e de desvio de saúde.

A condição materna foi avaliada conforme preconizado pela Barradas et al. (2015), a partir da vigilância de desconfortos da gravidez, sinais e sintomas de complicações e de inadaptação à gravidez, da monitorização da pressão arterial, peso e variação ponderal e do exame sumário de urina com fita-teste.

O estado fetal, por sua vez, foi avaliado através da auscultação da FCF, a qual deverá ser realizada a partir das 11 semanas de IG; da determinação dos movimentos fetais, a partir das 20 semanas; e da medição da altura do fundo uterino, a partir das 24 semanas de gestação (Barradas et al., 2015).

Na avaliação da condição materna e do estado fetal, foram ainda considerados os resultados dos exames laboratoriais e ecográficos, realizados

pela grávida de acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015).

A educação para o autocuidado foi uma prática habitual nas Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e nas sessões de Preparação para o Nascimento. Esta resultou da identificação de défices de conhecimento sobre diferentes assuntos relacionados com a gravidez e o TP, tais como: nutrição, higiene pessoal, prevenção de infeções durante a gravidez, postura e mecânica corporal, exercício físico durante a gravidez; ações de autocuidado que otimizam o processo fisiológico do TP e que fortalecem o assoalhado pélvico.

Durante o EC IV e durante o ER, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a grávidas que ficaram internadas por apresentarem complicações da gravidez, comprometendo o bem-estar materno e fetal.

Na maioria das situações, as complicações desenvolveram-se em resultado do estado gravídico, tais como: hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragia do 3º trimestre, ameaça de parto pré-termo, corioamnionite e rotura prematura de membranas. Noutras situações, as complicações estavam associadas a condições preexistentes à gravidez, mais concretamente doenças crónicas, por ex.: hipertensão arterial crónica e diabetes tipo 1 e tipo 2.

Com cada uma das grávidas procurei desenvolver uma relação terapêutica, caracterizada pela parceria estabelecida, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE, 2012).

Para desenvolver esta relação comecei, sempre que possível, por me apresentar, dizendo o meu nome, a minha profissão, a minha condição enquanto estudante do CMESMO e o meu papel enquanto futura EEESMO. Compreendendo o meu papel profissional naquele contexto e naquela situação específica, a grávida saberá o que lhe poderei proporcionar e procurará os meus cuidados, contribuindo assim para realçar o valor da profissão na sociedade.

Também demonstrei disponibilidade em ouvir as suas dúvidas, preocupações e medos, através do encorajamento e da escuta ativa, e atendi com responsabilidade e cuidado a pedidos de informação ou de explicação solicitados, conforme é meu dever enquanto enfermeira (OE – Conselho Jurisdicional, 2015).

A gravidez constitui um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mulher, que marca o desenvolvimento futuro (Cepêda, Brito e Heitor, 2006).

Durante esta etapa do ciclo de vida, ocorrem modificações e adaptações psicossomáticas na mulher, as quais são necessárias para receber posteriormente o seu RN e promover o seu desenvolvimento. Para que estas transformações aconteçam é necessário que a grávida disponha de um ambiente protetor e de suporte efetivo (Cepêda et al., 2006). Por outro lado,

“fatores de risco, tais como vivências infantis traumáticas, depressão materna, violência doméstica, consumo excessivo de álcool, toxicodependência e gravidez na adolescência, podem comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança. (...) É por isso relevante dar suporte ao casal grávido e prestar atenção aos estados emocionais da mulher grávida” (Cepêda et al., 2006, p.4).

Dar suporte ao bem-estar emocional das mulheres durante o período pré-natal é atualmente reconhecido como sendo tão importante quanto o foco tradicional na saúde física (Underdown & Barlow, 2012). Por este motivo, a promoção da saúde mental foi uma meta de enfermagem, no cuidar da mulher durante o período pré-natal.

Neste sentido, tendo como base o estabelecimento de uma relação terapêutica, as intervenções que implementei foram: vigiar o estado emocional da grávida; encorajá-la a falar livremente sobre a sua gravidez e a expressar os seus sentimentos, preocupações e medos, e demonstrar interesse genuíno pelos mesmos; ter uma atitude empática; valorizar e encorajar os seus sentimentos positivos; encorajar a grávida a partilhar mais longamente sentimentos negativos; escutá-la ativamente; incentivá-la a procurar o apoio emocional de um membro da família, ou de um profissional de saúde. Estas intervenções vão ao encontro do sugerido por Cepêda et al. (2006).

As diferentes situações de complicações da gravidez implicaram a elaboração de planos de cuidados de enfermagem individualizados e personalizados, a partir dos quais as necessidades de autocuidado terapêutico foram preenchidas. Estes planos foram construídos em parceria com a grávida e, quando presente, com o seu CS, que segundo a OE (2012) é a pessoa significativa para o cliente individual.

Desta forma, tive oportunidade de identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, monitorizar a saúde materna-fetal e de conceber, planejar,

implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez, conforme é competência do EEESMO (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro de 2011)

Também foi minha preocupação constante a preparação para a alta da mulher com complicações da gravidez, tendo como objetivo capacitá-la para implementação de ações de autocuidado necessárias face aos requisitos de desvio de saúde presentes. Em consonância, numa lógica de cuidados de apoio-educação, eduquei a grávida e seu CS sobre sinais e sintomas de risco, e sobre os cuidados adicionais face à sua condição de saúde; orientei-os no sentido de procurarem e garantirem assistência médica na presença dos sinais e sintomas de risco ensinados.

Durante o ER, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a mulheres em situação de abortamento, tendo monitorizado o trabalho de abortamento; prestado cuidados de enfermagem especializados tendo como meta potenciar a sua saúde e promover o seu conforto; cooperado no tratamento de complicações pós-aborto; e apoiado a mulher e CS no seu processo de luto.

Uma destas situações decorreu às 22 semanas de IG. Tratava-se de uma gravidez gemelar, muito desejada pelo casal. Os RN nasceram por parto eutócico e alguns minutos depois acabaram por morrer. Por não existir viabilidade fetal, não foram executadas quaisquer medidas de reanimação.

A partir da observação dos cuidados de saúde prestados a esta família e analisando e refletindo sobre a minha prática nesta situação, reconheci que o EEESMO necessita de desenvolver competências que lhe permitam prestar Cuidados Paliativos Perinatais de qualidade, cujo objetivo principal é antecipar, prevenir e aliviar o sofrimento físico, psicológico e espiritual, preservar a dignidade e promover a qualidade de vida ao RN e sua família (Limbo, Toce & Peck, 2008). Uma maneira de o fazer é honrando as preferências e desejos dos pais relativamente aos cuidados que são prestados ao seu RN, por ex.: ajudando o pai, ou a mãe, a cortar o cordão umbilical; secando o RN e promovendo o contacto pele com pele com a sua mãe, ou o seu pai; apoiando os pais no seu desejo de vestir o RN e de aconchega-lo, pegando-o ao colo e embalando-o; apoiando os pais no seu desejo de ficarem a sós com o seu filho até este morrer.

2.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Durante a interação com a parturiente e o seu CS, colhi informação sobre os seus desejos e expectativas em relação ao TP e aos cuidados de enfermagem e eventuais motivos de preocupação. Algumas parturientes trouxeram consigo o seu Plano de Parto, o qual li com atenção, responsabilidade e respeito, procurando inteirar-me dele.

De forma a poder identificar as suas necessidades de autocuidado terapêutico, foram também considerados os seguintes dados: a idade, altura, peso, cultura, estado civil, religião e ocupação da parturiente; os seus antecedentes pessoais, história obstétrica e ginecológica; os resultados dos exames laboratoriais e ecográficos pré-natais; a evolução ponderal da gestante; os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor); a duração, intensidade e frequência das contrações uterinas; as perdas vaginais; os movimentos fetais; a FCF; o padrão cardiotocográfico; o exame vaginal; o partograma; a relação feto-pélvica (apresentação, atitude, situação, variedade fetal e plano da apresentação na bacia materna); entre outros.

Neste contexto, tive oportunidade de discutir com a parturiente e seu CS sobre diferentes aspetos relacionados com a progressão e condução do TP, identificar os seus défices de autocuidado e interpretar as suas capacidades para desempenhar as ações de autocuidado.

O défice na ingestão adequada de líquidos e alimentos esteve presente na maioria das situações de cuidados em que participei, tendo sido realizados os diagnósticos de enfermagem Ingestão de Alimentos Deficitária e Ingestão de Líquidos Deficitária.

De acordo com a WHO (1996), o TP requer uma enorme quantidade de energia. Uma vez que a sua duração não pode ser predita, as fontes de energia necessitam de ser repostas para garantir o bem-estar materno e fetal e para prevenir complicações, como a desidratação e a cetoacidose. A WHO (1996) acrescenta que, para o parto normal de baixo-risco, a abordagem correta parece ser a de não interferir com os desejos da parturiente de se alimentar ou beber.

Tendo como metas a diminuição do risco de desidratação e cetoacidose materna e a manutenção da reserva energética para o feto e para a atividade uterina (MCEESMO, 2013), foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- A parturiente e seu CS reconhecerem os benefícios associados à ingestão oral durante o TP e que “não existe evidência na relação entre ingestão e morbimortalidade por aspiração” (MCEESMO, 2013, p.1);
- A parturiente ingerir pequenas quantidades de líquidos cristalinos (água, chá e sumos de frutas sem polpa), em volumes não superiores a 100 ml, de 15 em 15 minutos (MCEESMO, 2013);
- A parturiente ingerir uma refeição ligeira, desde que não tenha recebido opiáceos, ou não esteja em elevado de risco de uma anestesia geral (NICE, 2014).

Para alcançar estes resultados optei pelo sistema de apoio-educação e utilizei os métodos de ajuda: ensinar, guiar e orientar. Assim, as minhas ações para promover a parturiente como agente de autocuidado foram: educar sobre os riscos e benefícios da ingestão oral durante o TP, e sobre a qualidade e quantidade de líquidos cristalinos que podem e devem ser ingeridos; informar sobre como e onde poderia obter esses líquidos; encorajar a ingestão oral; orientar para a ingestão de uma refeição ligeira, de acordo com as diretrizes do NICE (2014).

Em resultado da minha prática de cuidados, as parturientes ingeriram uma maior quantidade de líquidos e de alimentos, diminuindo a sua sensação de sede e de fome, e aumentando o seu bem-estar global.

O desequilíbrio entre a atividade e o repouso também foi identificado em algumas situações de cuidados, observando parturientes que, por sua iniciativa, se mantinham deitadas na cama, durante o TP, e que permaneciam na mesma posição durante longos períodos.

Assim, o diagnóstico de enfermagem Mobilidade Diminuída também norteou a minha ação, tendo estabelecido como meta, conjuntamente com a parturiente e seu CS, a progressão do TP. Para ir ao seu encontro, foram estabelecidos dois objetivos:

- A parturiente e seu CS reconhecerem as vantagens das posições verticais e da liberdade de movimentos ao longo do TP e as desvantagens da posição supina;
- A parturiente mudar frequentemente de posição e deambular, durante o TP.

Segundo King & Pinger (2014), as desvantagens de permanecer deitada na cama ao longo do TP são bem conhecidas. A posição supina reduz a circulação sanguínea para o útero; está associada a hipotensão materna, a mais variações nos padrões da FCF e a diminuição da oxigenação fetal; pode, ainda, diminuir a eficácia das contrações uterinas.

A deambulação e as posições verticais, por sua vez, estão associadas a várias vantagens, tais como: maior satisfação materna na experiência do TP e parto; diminuição da dor; menor utilização de analgesia; diminuição da duração do primeiro estágio; aumento da força e eficácia das contrações uterinas; menor incidência de desacelerações da FCF; aumento do espaço no plano médio de menor dimensão e no estreito inferior da pélvis (King & Pinger, 2014; MCEESMO, 2013).

Inserida numa lógica de cuidados parcialmente compensatórios e de modo a preencher o défice de autocuidado identificado, utilizei os métodos de ajuda: ensinar, guiar e orientar, e proporcionar apoio físico e psicológico, tendo implementado as seguintes intervenções: educar sobre as vantagens das posições verticais e da liberdade de movimentos ao longo do TP, e sobre as desvantagens da posição supina; encorajar a parturiente a deambular e a mudar frequentemente de posição; demonstrar diferentes posições de TP; explicar e demonstrar como podem ser utilizadas a bola de pilates e a cama de parto; encorajar, apoiar (ajudar psicologicamente) e assistir (fazer parte do trabalho com ou para alguém) a parturiente a encontrar posições em que se sentisse confortável.

A partir destes cuidados, as parturientes e seus CS compreenderam que podiam ter um papel mais ativo no seu TP e que este poderia ser determinante para os resultados maternos e fetais/neonatais. Subsequentemente, observei uma mudança significativa e positiva nos seus comportamentos. As parturientes permaneceram menos tempo na cama, utilizaram mais os recursos disponíveis

para promover a mobilidade corporal e, quando deitadas, tiveram a preocupação de mudar de posição com frequência. Os CS, por sua vez, sentiram-se confiantes para encorajar e apoiar as parturientes na liberdade de movimentos.

Em todas as situações de cuidados foi realizado o diagnóstico de enfermagem Dor Atual, associada à contratilidade uterina. Tendo como meta o alívio da dor atual, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- A parturiente e o seu CS reconhecerem a fisiologia normal do TP (incluindo a dor normal inerente e a capacidade fisiológica de produzir endorfinas em condições de intimidade);
- A parturiente e o seu CS reconhecerem os métodos não farmacológicos e farmacológicos disponíveis;
- A parturiente utilizar medidas de conforto e métodos não farmacológicos para o alívio da dor, durante o TP, e utilizar métodos farmacológicos para o alívio da dor sob consentimento informado.

Para alcançar os objetivos propostos, foi estabelecido um sistema parcialmente compensatório e foram implementados os métodos de ajuda: guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

De acordo com Perry et al. (2014), as parturientes que recebem apoio contínuo, começando no início do TP, são menos propensas a utilizar analgesia intravenosa ou epidural, e são mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo e a referir satisfação com a sua experiência de TP. O ACNM (2014) acrescenta que os RN destas mulheres são menos propensos a terem Índices de APGAR baixos aos 5 minutos, concluindo-se, assim, que todas as parturientes devem receber apoio contínuo.

Por este motivo, este foi um dos cuidados de enfermagem que prestei a todas parturientes que assisti, incluindo o seu CS. Corroborando Perry et al. (2014), este cuidado foi providenciado respeitando a sua cultura e os seus valores e crenças religiosas; encorajando-os a expressarem as suas dúvidas, preocupações e sentimentos, e escutando-os ativamente; informando-os acerca da progressão do TP; respeitando as suas escolhas, suportando as suas decisões e relatando os seus desejos a outros profissionais de saúde; assistindo a parturiente a lidar de forma efetiva com a sua dor e desconfortos utilizando

variados métodos; reconhecendo e reforçando positivamente os esforços, a força e a coragem da parturiente durante o processo de TP, bem como do CS; reconhecendo e lembrando a parturiente da sua capacidade inata para parir; protegendo a sua intimidade e dignidade; entre outros.

O feedback que recebi das parturientes e dos seus CS foi muito positivo. Sem questionar, referiam que transmitia calma e segurança e que gostariam que os acompanhasse durante todo o processo, incluindo o parto. Reconheceram a minha presença constante e disponibilidade para apoiar, verbalizando “enfermeira Mariana, obrigada pela forma como me tem acompanhado e pelas suas orientações. Têm sido muito importantes para mim.” (SIC). Foi muito gratificante e motivador ouvir estas palavras. Creio que revelam que o apoio contínuo esteve presente e que, de facto, teve efeitos positivos na sua experiência.

Além da liberdade de movimentos, conforme mencionado anteriormente, outro método não farmacológico de alívio da dor que aconselhei foi a utilização da água quente. De acordo com o ACNM (2014) e King & Pinger (2014), existe evidência científica de que a imersão em água morna durante o TP ativo está associada a relaxamento, diminui significativamente a dor reportada e a utilização de analgésicos, melhora a perfusão uterina e promove a progressão do TP. Quanto à temperatura da água, o NICE (2014) recomenda que esta não exceda os 37,5°C.

Assim, existindo uma casa de banho com chuveiro em cada sala de parto, assisti a parturiente a tomar duchas com água morna, por ex. incidindo a água nas regiões corporais doridas, ou estando apenas presente e supervisionando. As clientes que utilizaram este método referiram que, de facto, aliviou a sua dor e promoveu uma sensação de bem-estar e conforto, apesar de não ser em imersão.

O défice de conhecimentos sobre o risco de infeção materna e neonatal também esteve presente na maioria das situações de cuidados. De acordo com Perry et al. (2014), este risco está presente mesmo quando a bolsa amniótica está intacta. No entanto, existem fatores que o aumentam, tais como rutura de membranas prolongada, cultura positiva para estreptococo do grupo B na

presente gravidez e herpes genital ativo (Montenegro, Rodrigues, Ramalho e Ayres de Campos, 2014).

Tendo como meta a prevenção e controlo de infeção, estabelecemos como objetivos:

- A parturiente reconhecer o seu risco de infeção;
- A parturiente e seu CS implementarem medidas de prevenção de infeção;
- A parturiente informar o enfermeiro quando apresentar sintomas de infeção (por ex.: sensação de febre, dor à palpação uterina e líquido amniótico com cheiro fétido);
- A parturiente implementar medidas de controlo de infeção.

Numa lógica de cuidados parcialmente compensatória, os métodos de ajuda utilizados foram: ensinar, guiar e orientar e agir ou fazer por outra pessoa. Assim, algumas das minhas intervenções foram: educar a parturiente sobre o risco de infeção (considerando a sua situação clínica); orientar a parturiente para informar o enfermeiro quando apresentar sintomas de infeção; aconselhar e orientar a parturiente para medidas de prevenção de infeção, tais como a lavagem das mãos, a substituição do penso higiénico e os cuidados de higiene genital regulares; assistir na realização dos cuidados de higiene genital quando a parturiente tinha indicação médica para permanecer em repouso no leito; promover a higiene genital antes e após o exame vaginal; executar a profilaxia da corioamnionite e da infeção neonatal por estreptococo do grupo B, conforme protocolo do serviço (Montenegro, et al., 2014; NICE, 2014; Perry et al., 2014).

Reportando-me, agora, a complicações do TP, numa situação de cuidados, através da execução do exame vaginal identifiquei a variedade occipício-posterior. De acordo com Chapman & Charles (2013) esta variedade está associada a resultados maternos e neonatais adversos e é comum o trauma psicológico. Contudo, existem cuidados que podem ajudar a parturiente a ultrapassar esta complicação.

Na situação mencionada, a progressão do segundo estágio do TP estava a ser mais lenta. Tendo como meta a rotação do feto para occipício-anterior defini como objetivos:

- A parturiente e o seu CS reconhecerem a complicação atual;

- A parturiente esvaziar a bexiga e utilizar a liberdade de movimentos, as posições de quatro apoios e de joelhos, e a postura inclinada para a frente para promover a rotação fetal (Chapman & Charles, 2013).

Numa lógica de cuidados de apoio-educação, utilizei os métodos de ajuda: guiar e orientar e proporcionar apoio psicológico. Desta forma, depois de informar a parturiente e seu CS sobre a variedade fetal e as suas implicações na progressão do TP, aconselhei, orientei e encorajei a parturiente a ajoelhar-se na cama e a inclinar o corpo para a frente, apoiando-se na cabeceira. Também aconselhei a realização de básculas pélvicas, conforme Chapman & Charles (2013) sugerem.

Através da realização das ações de autocuidado aconselhadas, o feto rodou para occipício-anterior e desceu através do canal de parto, tendo o TP progredido.

A hipoxia fetal e a distocia de ombros foram duas situações de emergência que aconteceram com alguma frequência durante o ER. Destas situações surgiram requisitos de autocuidado no desvio da saúde, os quais se inserem nas seguintes categorias: procurar e garantir assistência médica apropriada; estar ciente e atender aos efeitos e resultados das condições patológicas; cumprir, de forma efetiva, as medidas de diagnóstico, terapêutica e de reabilitação prescritas para a patologia, ou complicação para a saúde atual; estar ciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis das medidas de cuidados de saúde realizadas; modificar o autoconceito aceitando que se encontra numa situação particular de saúde e que necessita de formas específicas de cuidados de saúde (Orem, 2001).

Através destas experiências, conjugadas posteriormente com o estudo, reflexão individual e conjunta e com a participação num curso de emergências obstétricas, tive oportunidade de continuar a desenvolver competências que me permitirão intervir de forma efetiva na sua prevenção e resolução.

Refletindo, agora, sobre os cuidados imediatos ao RN após o nascimento, na minha prática clínica considerei 3 requisitos de desenvolvimento de autocuidado do RN, nomeadamente: o contacto precoce pele com pele do RN com a sua mãe, ou pai; a laqueação tardia do cordão umbilical; iniciar a amamentação na primeira hora de vida.

Numa revisão Cochrane de 34 estudos, envolvendo 2177 díades mãe-RN, os autores demonstraram que o imediato contacto pele com pele RN e mãe mantém o RN mais quente do que os cuidados hospitalares usuais, diminui o choro do RN na primeira hora de vida, melhora a iniciação, sucesso e duração da amamentação, e melhora o sono do RN e os comportamentos vincutivos da mãe (Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012, citados por ACNM, 2014). Luna, et al. (2009) acrescentam que tem um efeito benéfico na estabilização cardiorrespiratória do RN. A WHO (1996), por sua vez, acrescenta que o contacto pele com pele permite a colonização do RN por bactérias da pele da mãe e não por bactérias dos prestadores de cuidados de saúde, ou do hospital.

O tempo desejável de contacto pele com pele, sem interrupção, é no mínimo 60 minutos, se o estado de saúde da mãe e do RN o permitirem, sendo desejável que se prolongue até aos 120 minutos.

Quanto à laqueação tardia do cordão umbilical, segundo King & Pinger (2014) esta ação melhora a condição hematológica do RN, a curto e longo prazo (os seus benefícios estendem-se por vários meses), uma vez que aproximadamente 80 ml de sangue são transferidos após 60 segundos de adiamento da laqueação e chega até aproximadamente 100 ml após 3 minutos. Assim, melhora o hematócrito e diminuiu o risco de anemia no RN (McDonald, Middleton, Downswell & Morris, 2013, citados por ACNM, 2014). Além disso, o cordão umbilical é rico em células estaminais, as quais são úteis na prevenção de doenças do sangue e outras doenças mais tarde na vida do RN (ACNM, 2014). Assim, é uma alternativa viável nas situações em que a mulher/casal não tem possibilidade de proceder à criopreservação das células estaminais do sangue e/ou do tecido do cordão umbilical do seu RN.

Por último, iniciar a amamentação na primeira hora de vida é importante para o estabelecimento da lactação e influencia positivamente a duração do aleitamento materno (Levy e Bértolo, 2012), o qual confere benefícios a curto e longo prazo para o RN e para a mãe.

Posto isto, durante o ER identifiquei com frequência o défice de conhecimento sobre a importância do contacto imediato pele com pele após o nascimento e da laqueação tardia do cordão umbilical por parte das parturientes, agora consideradas agentes de cuidar dependente relativamente ao RN.

Tendo determinado como meta otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina, foram definidos os objetivos:

- A parturiente reconhecer os benefícios do contacto pele com pele e da laqueação tardia do cordão, bem como a essência destes cuidados;
- A parturiente tomar a decisão de realizar o contacto pele com pele com o seu RN e dar o seu consentimento para a laqueação tardia do cordão.

Para alcançar estes objetivos, inserida no sistema de apoio-educação, utilizei os métodos de ajuda: ensinar e guiar e orientar. Portanto, eduquei a parturiente sobre o objetivo, os benefícios e a natureza destes cuidados, e aconselhei a sua execução.

Desta forma, obtive o consentimento informado tácito para promover o contacto pele com pele do RN com a sua mãe imediatamente após o nascimento e para laquear o cordão umbilical tardiamente.

A tomada de decisão antecipada relativamente a estes cuidados foi muito importante para que, no momento certo, eles fossem implementados. Nem sempre os enfermeiros que prestavam os cuidados imediatos ao RN, estavam disponíveis para informar, aconselhar e assistir a mulher a realizá-los, acabando por não o fazer caso esta não demonstrasse conhecimento ou interesse. Contudo, se ela expressasse o seu desejo em fazê-lo, ou eu o transmitisse, esses cuidados eram prestados.

Inserida num sistema parcialmente compensatório, assisti a parturiente a realizar o contacto pele com pele com o seu RN imediatamente após o nascimento, quando o estado de saúde de ambos o permitiu. Assim, após o nascimento, coloquei o RN nu sobre o abdómen materno e sequei-o utilizando um pano seco e pré-aquecido. Seguidamente, coloquei o RN numa posição ventral, sobre o tórax materno, e cobri-os em conjunto para mantê-los aquecidos. Por fim, diminuí a luminosidade da sala e a intensidade do som do rádio, de forma a promover um ambiente pouco iluminado e tranquilo.

Durante este período de contacto, tal como descrito por Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), observei a mãe e o pai tocarem no seu filho com as pontas dos seus dedos, como se estivessem a examiná-lo. Observei, também, a mãe massajar suavemente e envolver o tronco do RN com as suas mãos. De acordo

com os mesmos autores (2006) estes comportamentos fazem parte do desenvolvimento do processo de vinculação.

Observei ainda os RN apresentarem sinais de prontidão para mamar, tais como levantar a cabeça e olhar à sua volta, realizar movimentos com a boca, sugar a sua mão, ou uma região corporal materna que lhe estivesse próxima, e esforçando-se para alcançar a mama da sua mãe. Nestes momentos, explicava aos seus pais o seu significado e incentivava a mãe a ajudar o RN a aproximar-se da aréola e a permitir que ele tentasse iniciar a amamentação, caso esta fizesse parte do seu projeto de maternidade. Em algumas situações, o RN pegou na mama e conseguiu iniciar a amamentação sem necessidade de ajuda.

2.2.1.O cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva

O cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva tem como meta prevenir o trauma perineal (incluindo as lacerações perineais e a episiotomia) e promover o conforto e a satisfação da mulher durante a sua experiência de TP, bem como a sua segurança e a do feto/RN.

Atendendo às indicações válidas para a execução da episiotomia, designadamente sofrimento fetal, parto instrumentado ou complicado, e risco eminente de laceração perineal severa (MCEESMO, s.d), considero que este cuidado envolve:

- Implementar práticas específicas, apoiadas na evidência científica, que otimizem o processo fisiológico do TP e parto;
- Implementar medidas não farmacológicas que promovam a distensão perineal gradual e previnam a necessidade de episiotomia;
- Informar, antecipadamente, a mulher sobre o objetivo e a natureza da episiotomia, bem como os riscos e possíveis complicações associadas, para que esteja capacitada para tomar uma decisão esclarecida relativamente à execução da técnica;
- Tomar uma decisão quanto à necessidade de execução da episiotomia, numa situação específica;
- Executar a episiotomia de forma segura e eficaz, sob consentimento informado.

- Reparar a episiotomia através da episiorrafia.

Nesta secção, irei apresentar os *cuidados em torno da episiotomia seletiva* que implementei na minha prática de cuidados em contexto de ER e refletir sobre os mesmos, tendo como fundamento os resultados da Revisão da Literatura que conduzi.

A massagem perineal pré-natal diminui a incidência de lacerações perineais e reduz a necessidade de episiotomia (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2011; Viswanathan et al., 2005; citados por ACNM, 2014), sendo uma das ações de autocuidado que a mulher pode realizar durante a gravidez, para prevenir o trauma perineal. De acordo com a ACNM (2014) esta técnica deve ser ensinada a partir das 36 semanas de IG, ou mais cedo.

Muitas grávidas, que acompanhei através das Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e das sessões de Preparação para o Nascimento, durante o EC III, apresentaram um défice de conhecimento sobre a massagem perineal pré-natal. Tendo como meta a implementação da massagem perineal durante a gravidez, foram definidos os seguintes objetivos:

- A grávida reconhecer os benefícios da massagem perineal pré-natal;
- A grávida aprender a realizar a massagem perineal.

Assim, a partir do sistema de apoio-educação e através dos métodos de ajuda ensinar e guiar e orientar, informei a grávida sobre a natureza e os benefícios da massagem perineal pré-natal; expliquei e demonstrei como se realiza; aconselhei a realizar a massagem perineal digital diariamente, a partir das 34 semanas de IG.

Este défice de conhecimento também foi identificado durante o ER. De todas as parturientes a quem prestei cuidados, apenas quatro conheciam o método e nenhuma o realizou durante a gravidez, uma vez que não reconheciam os seus benefícios e não se sentiam à vontade para fazê-lo. É, portanto, necessário informar com clareza e confiança sobre os benefícios da massagem perineal pré-natal, tendo como fundamento evidência científica atual, e apoiar a grávida de maneira a que se sinta tranquila e à vontade em relação a tocar no seu próprio corpo.

Durante o primeiro e segundo estádios do TP, também existem ações de autocuidado que podem ser implementadas de forma a ajudar a manter a

integridade do períneo e a diminuir a necessidade de episiotomia, promotoras da episiotomia seletiva.

De acordo com o estudo de Meyvis et al. (2012) parir na posição lateral resulta em menos trauma perineal quando comparado com parir na posição de litotomia. Em consonância, Perry et al. (2014) enunciam que a utilização das posições verticais e lateral está associada a menos dor e trauma perineal, menos padrões anormais da FCF e menos partos instrumentados.

No ER, propus à minha orientadora de local de estágio executar partos na posição lateral. Contudo, não foi possível fazê-lo, uma vez que ela não se sentia segura em fazê-lo devido à sua falta de experiência. Por este motivo, entendo que é fundamental incluir nas aulas de prática simulada – incluídas no Plano de Estudos do CMESMO – o parto na posição lateral.

Por outro lado, as parturientes não conheciam os benefícios da posição lateral para o parto e, portando não demonstraram desejo em utilizá-la. Dadas as minhas circunstâncias, também não informei sobre a mesma. No entanto, considero que seja fundamental educar as mulheres, durante o período pré-natal e durante o TP, sobre os benefícios da posição lateral durante o segundo estágio do TP e promover uma tomada de decisão esclarecida quanto à escolha da posição de parto, bem como apoiá-la.

As técnicas *hands on* e *hands poised* são duas abordagens diferentes, que poderão ser utilizadas pelo EEESMO durante o parto. As suas definições não são consensuais na literatura consultada e, por este motivo, irei considerar as apresentadas por Foroughipour, Firuzeh, Ghahiri, Norbakhsh & Heidari (2011), cujo estudo foi incluído na Revisão da Literatura.

Na técnica *hands on*, quando a cabeça fetal distende a vulva e o períneo, o EEESMO coloca uma mão na região coccígea e exerce uma pressão no períneo, na direção para a frente. Enquanto isso, a outra mão aplica uma pressão superiormente no occipício. Desta forma, o EEESMO diminui a velocidade do nascimento da cabeça fetal e protege o períneo.

Já na técnica *hands poised* o EEESMO apenas aplica uma leve pressão manual sobre a cabeça fetal e não toca no períneo durante a sua expulsão.

Avaliando o efeito das duas técnicas no trauma perineal, o estudo de Foroughipour, et al. (2011) demonstrou que a técnica *hands poised* está

associada a menos trauma perineal, particularmente menor necessidade de episiotomia do que a técnica *hands on* (84% no grupo *hands on* vs. 40% no grupo *hands poised*).

Outros estudos, citados pelo ACNM (2014) e pelo The Royal College of Midwives (2012), igualmente confirmaram uma diferença estatística significativa nas taxas de episiotomia, sendo menor na técnica *hands poised*. No entanto, também confirmaram não existir uma diferença estatística significativa nas lacerações perineais.

Em consonância com estes resultados, o NICE (2014) recomenda que tanto a técnica *hands on* como a técnica *hands poised* podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.

Por indicação da minha orientadora de local de estágio, na minha prática de cuidados em contexto de EC utilizei sempre a técnica *hands on*.

A manobra modificada de Ritgen assemelha-se à técnica *hands on* descrita. No entanto, o seu objetivo é encorajar a extensão da cabeça fetal. De acordo com Posner et al. (2013), este procedimento é realizado preferencialmente entre as contrações, uma vez que durante este intervalo os tecidos estão mais relaxados e a cabeça pode nascer devagar e gradualmente, sob controlo do EEESMO. Assim, tal como na técnica *hands on*, uma mão é colocada no occipício fetal para exercer sobre ele uma pressão superiormente e, desta forma, ajudar a controlar a velocidade do seu nascimento. A diferença está na forma como a outra mão é utilizada e na sua função. Isto é, a outra mão é colocada de forma a que os dedos estejam atrás do ânus materno. A extensão da cabeça fetal é promovida pressionando os dedos contra a face do feto, preferencialmente o mento.

De acordo com King & Pinger (2014) a implementação desta manobra é uma prática que ajuda a reduzir a incidência de lacerações perineais.

Através da minha experiência, constatei que esta manobra é muito útil quando o períneo da mulher é “alto” (superior a 6 cm), ajudando a evitar a necessidade de uma episiotomia. Pois, nas situações que vivenciei, as parturientes com períneo “alto” tiveram mais dificuldade na expulsão da cabeça fetal, parecendo que o períneo era um obstáculo ao seu nascimento. Quando

implementei esta manobra observei de forma nítida a extensão gradual e nascimento da cabeça fetal.

Outra prática que ajuda a reduzir a incidência de lacerações perineais é a aplicação de compressas quentes no períneo, imediatamente antes do nascimento (King & Pinger, 2014). Apresentando evidência científica, o Royal College of Midwives (2012) acrescenta que a aplicação de compressas quentes no períneo durante o segundo estágio do TP, também diminui a severidade da dor perineal.

A primeira situação de cuidados em que informei, aconselhei e assisti a parturiente a aplicar compressas quentes no períneo, resultou numa laceração de 3º grau. Foi um parto em que a variedade era occipício-posterior, no qual foi difícil controlar a velocidade da expulsão da cabeça fetal e o peso ao nascer do RN foi 3955 g. Mesmo existindo estes fatores que por si só aumentam o risco de laceração perineal severa, questioneei a minha prática: será que apliquei corretamente a técnica? As compressas estariam mais quentes do que deveriam? Terão estado em contacto com o períneo tempo demais?

Por medo de que acontecesse o mesmo, nas situações que se seguiram não voltei a implementá-la.

Mais tarde, comecei a aconselhar as parturientes na fase latente do segundo estágio do TP a tomarem um duche e a incidirem a água quente na região perineal. Além disso, comecei a aproveitar o momento da lavagem genital antes do parto, para aplicar calor no períneo, utilizando água quente. Tendo realizado estas ações de autocuidado, as parturientes referiram alívio significativo da dor perineal e sensação de conforto, conforme os resultados apresentados.

Durante o ER, em algumas situações de cuidados identifiquei o défice de conhecimento sobre o objetivo, as indicações, os riscos e possíveis complicações da episiotomia.

Pretendendo executar a episiotomia seletiva sob consentimento informado tácito, procurei, preferencialmente durante o primeiro estágio do TP, determinar o conhecimento da parturiente e as suas experiências anteriores, relativamente a esta intervenção. Desta forma, identifiquei o défice de autocuidado mencionado anteriormente, bem como preocupações e medos, e avaliei a

capacidade da parturiente para a tomada de decisão, relativamente à prática da episiotomia.

Face a este défice, foi definida a meta: a parturiente decide de forma esclarecida e fundamentada quanto à prática da episiotomia seletiva. Desta forma, o objetivo dos cuidados de enfermagem foi: a parturiente reconhecer o objetivo, a natureza, as indicações, os riscos e possíveis complicações da episiotomia.

Inserida numa lógica de cuidados de apoio-educação, através dos métodos de ajuda: ensinar e proporcionar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal. Neste sentido, informei a parturiente e expliquei-lhe acerca da episiotomia seletiva, e disponibilizei-me para esclarecer as suas dúvidas.

Na implementação destes cuidados, senti dificuldade em informar sobre os riscos e possíveis complicações da episiotomia, por receio de que a parturiente não consentisse na realização da técnica e porque, desta forma, eu iria aumentar ainda mais os seus medos e preocupações em torno do parto. Contudo, para que o consentimento informado seja real não posso omitir informação relevante.

Durante o ER, constatei que as parturientes confiavam nos profissionais de saúde e na sua capacidade para a tomada de decisão clínica, pedindo apenas para realizar a episiotomia somente se existisse uma indicação válida para a sua execução. Assim, obtive o consentimento informado tácito para a implementação da episiotomia seletiva, em todas as situações de cuidados. No entanto, após ter identificado uma indicação válida para a execução da técnica, procurei informar a parturiente sobre a minha tomada de decisão e, apenas depois, implementar.

Nesta abordagem, procurei sempre tranquilizar as parturientes mencionando que, em conjunto, iríamos fazer o possível para não ser necessário executar a técnica.

A episiotomia foi um requisito de autocuidado de desvio de saúde em cinco situações de cuidados. O desvio de saúde que justificou esta intervenção foi o risco eminente de laceração perineal severa, associado a tecidos friáveis, ou a rigidez perineal conjugada com a altura do períneo inferior a 3 cm, ou superior a 6 cm.

Inserida num sistema totalmente compensatório, através do método de ajuda agir ou fazer por outra pessoa, executei a episiotomia médio-lateral, conforme recomendado pelo NICE (2014).

Descrevendo a técnica, quando o polo cefálico distendeu o períneo, introduzi os dedos indicador e médio entre a apresentação e a parede vaginal, e procedi à incisão do períneo, iniciando ao nível da fúrcula (Graça, 2010) e direcionando a tesoura para o lado direito da mulher, com um ângulo entre os 45 e os 60 graus relativamente à linha mediana (NICE, 2014).

No local onde realizei o ER é uma prática corrente realizar a designada “estimulação” do períneo durante o segundo estágio do TP, que consiste em colocar dois dedos no interior da vagina e exercer pressão na direção do ânus. Depois, mantendo essa pressão, movimentar os dois dedos juntos para um lado e para o outro, como se estivesse a fazer a letra U, ao mesmo tempo que se incentiva a cliente a realizar esforços expulsivos. Esta prática é frequentemente iniciada na fase passiva do segundo estágio do TP.

Sempre que realizei esta “estimulação”, mesmo antes da expulsão da cabeça fetal resultou uma laceração de 1º grau, envolvendo a mucosa vaginal. Em algumas situações, essa laceração estendeu-se para 2º grau (envolvendo mais a fáscia e os músculos do diafragma urogenital) e, para evitar uma laceração severa (de 3º, ou 4º grau), foi executada uma episiotomia.

Estas situações causaram-me desconforto. Afinal, em vez de intervir de forma a prevenir o trauma perineal, eu é que estava a ser a sua causadora. Nestas situações fui, naturalmente, chamada à atenção de que não estava a realizar a “estimulação” corretamente.

A justificação que me foi dada para a sua implementação foi a de que ajuda a parturiente a realizar os esforços expulsivos de forma mais eficaz, uma vez que, desta maneira, ela sente pressão no local para onde tem de dirigir a sua força.

Questionei esta prática e a sua justificação, tendo refletido sobre este assunto.

Foi-me dito que a “estimulação” não era uma massagem perineal. No entanto, a forma como é realizada é semelhante. Segundo King & Pinger (2014) não existe evidência científica que suporte a massagem perineal agressiva na

fase ativa do segundo estágio do TP. Esta resulta em trauma perineal e não previne, ou diminui a incidência de lacerações perineais. Em consonância, o NICE (2014) recomenda que esta não seja realizada no segundo estágio do TP.

Por outro lado, e atendendo à justificação que me fora dada, de acordo com o ACNM (2014), as mulheres que estão em TP de forma natural iniciam os esforços expulsivos espontâneos quando o vértice alcança o assoalhado pélvico.

Sem analgesia epidural, as parturientes com um desejo espontâneo de realizar os esforços expulsivos necessitam de pouca, ou nenhuma instrução sobre como os realizar. Assim, se não existirem contraindicações para adiar os esforços expulsivos (por ex.: desacelerações recorrentes da FCF e corioamnionite), é recomendado que o EEESMO espere pacientemente pelo desejo espontâneo da mulher, permitindo-lhe um tempo de descanso (King & Pinger, 2014; ACNM, 2014).

Sob analgesia epidural, as parturientes poderão sentir uma pressão retal e poderão ter um desejo espontâneo de realizar os esforços expulsivos. Contudo, frequentemente necessitam de instrução e orientação sobre como os realizar (ACNM, 2014). Entendo que esta instrução poderá ser dada, por ex. informando e demonstrando, antecipadamente, os músculos que deverão ser contraídos para exercer pressão na direção descendente (músculos abdominais), informando que o assoalhado pélvico deverá estar relaxado e orientando para posições de parto que facilitam a realização dos esforços (Perry, et al., 2014).

Para estas mulheres é, igualmente, recomendado que se promova um período de descanso após a dilatação completa até a parturiente sentir uma pressão retal. Desta forma, permite a descida e a rotação passiva do feto através do canal de parto, enquanto a mulher conserva energia para os esforços expulsivos. De acordo com King & Pinger (2014) vários estudos controlados randomizados revelaram que esta prática aumenta a incidência de partos vaginais espontâneos, reduz o risco de parto instrumentado e diminui a duração dos esforços expulsivos ativos, diminuindo, portanto, a necessidade de episiotomia.

Concluí, desta forma, que não se justificava a prática da “estimulação”. Além disso, não se justificava iniciar os esforços expulsivos durante a fase latente do segundo estágio do TP, a não ser que existisse um motivo clínico.

A partir desta reflexão, procurei evitar a prática da “estimulação” e promover um período inicial de descida passiva do feto, durante o segundo estágio do TP.

Neste sentido, numa lógica de cuidar parcialmente compensatória utilizei os métodos de ajuda: guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico e proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal. Assim, as minhas intervenções foram: informei a parturiente sobre a progressão do seu TP; expliquei de forma clara e concisa os acontecimentos do segundo estágio do TP; orientei, encorajei e assisti a parturiente a posicionar-se de forma confortável e que promovesse a rotação e a descida do feto (esta orientação foi dada de acordo com avaliação da relação feto-pélvica); aconselhei a parturiente a descansar e orientei para informar um profissional de saúde caso sentisse pressão retal, ou vontade de realizar esforços expulsivos; adequei a luz e o som do rádio, considerando a sua preferência, procurando proporcionar um ambiente tranquilo e pouco iluminado.

Os resultados destas intervenções corroboraram a evidência disponível. Nas situações em que foram implementadas, constatei a descida passiva do feto, enquanto a parturiente repousou; a redução do tempo necessário de esforços expulsivos ativos; menor fadiga materna; esforços expulsivos mais eficazes; menor necessidade de realizar a episiotomia; redução da incidência de lacerações perineais de segundo grau; maior incidência de períneos íntegros e de lacerações de 1º grau.

2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Durante o ER e os EC II, III e V tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a mulheres a vivenciarem processos de saúde-doença durante o período pós-natal, envolvendo a sua família.

O ER proporcionou-me momentos de aprendizagem importantes em torno do quarto estágio do TP, também denominado de puerpério imediato.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o puerpério imediato compreende as primeiras duas horas após o nascimento e constitui um período decisivo tanto para a puérpera como para o RN. Afinal, corresponde ao processo de reajustamento inicial para o estado não gravídico, durante o qual os sistemas orgânicos começam a estabilizar. Além disso, o RN continua o seu processo de adaptação à vida extrauterina.

Por este motivo, durante a primeira hora monitorizei a pressão arterial e a frequência cardíaca de 15 em 15 minutos da puérpera, conforme protocolo do serviço. Se após a quarta avaliação os parâmetros estivessem estabilizados dentro dos limites considerados normais, avaliava mais uma vez na segunda hora.

Ainda com o objetivo de diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher, tal como a hemorragia pós-parto, sob consentimento informado da puérpera, vigiei a coloração das mucosas e da pele; determinei a altura do fundo do útero; avaliei a distensão da bexiga; vigiei as características dos lóquios; vigiei o períneo.

Em algumas situações de cuidados, tendo sido realizado o diagnóstico de atonia uterina, foi necessário estimular o músculo uterino para se contrair firmemente, iniciando uma massagem uterina vigorosa. Tal como descrito por Ayres de Campos, Silva e Costa (2011), esta massagem levou à expulsão de sangue e coágulos que se encontravam no interior da cavidade uterina e do canal vaginal, tendo sido suficiente para resolver a situação.

Foi durante o puerpério imediato que reparei a episiotomia, ou alguma laceração perineal, através da sutura. As lacerações perineais de 1º grau foram

suturadas somente quando se encontravam sangrantes, conforme recomendado pela MCEESMO (2013) e pelo NICE (2014).

A aprendizagem da técnica de sutura perineal foi a minha maior dificuldade durante o ER. Sou grata à minha orientadora de local de estágio pela sua enorme paciência e disponibilidade para me ensinar a técnica, orientar e supervisionar. Agradeço também a todas as mulheres que consentiram que eu reparasse as suas lacerações.

Para colmatar esta dificuldade, além da prática em contexto clínico, também treinei a técnica num modelo.

Se fosse oportuno para a puérpera, após a sua avaliação física aproveitava para educar para o autocuidado relativamente a algum trauma perineal que tivesse decorrido do parto, tendo como meta a promoção do conforto da puérpera e do processo de cicatrização do trauma perineal. Neste sentido, em conformidade com Perry, et al. (2014), informei a puérpera sobre as possíveis complicações do trauma perineal, abrangendo os sinais e sintomas associados, e como proceder na sua ocorrência. Também eduquei e aconselhei sobre os cuidados de higiene, incluindo: a lavagem das mãos antes e depois de limpar o períneo e de substituir o penso higiénico; a lavagem do períneo com água corrente e com um produto apropriado para a higiene anogenital, pelo menos uma vez por dia; a limpeza da região genital na direção antero-posterior após urinar ou evacuar; a mudança frequente do penso higiénico (Perry, et al., 2014; SPG; 2012). Aconselhei, ainda, a puérpera a aplicar gelo, devidamente embrulhado, no períneo, durante o puerpério precoce, para proporcionar alívio do desconforto (Perry, et al, 2014).

Prosseguindo a mesma meta, após a reparação de uma laceração ou de uma episiotomia, aconselhei e assisti a puérpera a aplicar gelo no períneo para diminuir o edema e aumentar o seu conforto, conforme sugerido por Lowdermilk e Perry (2008).

Para encorajar o aleitamento materno desde o nascimento e para prevenir e superar dificuldades que surjam, as mães necessitam de uma abordagem apropriada e de ajuda qualificada (WHO, 2009). Por este motivo, a aquisição e desenvolvimento de competências que me permitam intervir de forma a

promover, proteger e apoiar o aleitamento materno foi sempre um objetivo de aprendizagem nos EC que envolveram a área de atividade Puerpério.

Como foi dado a entender no capítulo anterior, durante a primeira hora após o nascimento ajudei as mães interessadas a iniciarem a amamentação. Conforme a WHO (2009) recomenda, imediatamente após o nascimento assisti a mãe a realizar o contacto pele com pele com o seu RN, pois é a melhor forma de iniciar a amamentação. Observei que alguns RN queriam mamar imediatamente após o nascimento, apresentando sinais de prontidão. Enquanto outros permaneciam sossegados durante algum tempo. Segundo o mesmo autor (2009), a maioria dos RN apenas começa a mostrar sinais de prontidão para mamar depois de 20 a 30 minutos, ou mais, dependendo também da analgesia materna administrada durante o TP (Brazelton, 2010; WHO, 2009).

Quando o RN apresentava estes sinais, eu orientava a mãe para ajudá-lo a aproximar-se da aréola e do mamilo. Contrariamente ao recomendado pela WHO (2009), em algumas situações tentei adaptar o RN à mama da mãe. No entanto, pretendo, no futuro, intervir de forma diferente, permitindo que o RN se adapte à mama no seu próprio tempo.

Nos diferentes EC, identifiquei que algumas mães necessitavam de apoio e educação para se certificarem de que estavam capazes de posicionar e adaptar o seu RN à mama corretamente. Neste sentido, observei a mãe colocar o RN à mama e observei a mamada, atendendo a sinais de possíveis dificuldades e a sinais de que a amamentação estava a correr bem, conforme o Guia para a Observação da Mamada da WHO (2009), o qual considera o estado geral da mãe e do RN, as mamas, a posição e a pega do RN, e a sucção.

Através desta avaliação, foi possível identificar os défices de autocuidado das mães, tal como a diferença entre a base de conhecimentos da mãe e a forma como ela posiciona e adapta o seu RN à mama. Tendo como meta a promoção da saúde da puérpera e do aleitamento materno, numa lógica de cuidados de apoio-educação, expliquei à mãe como posicionar o seu RN; expliquei e demonstrei como segurar a mama, como ajudar o RN a pegar na mama e os sinais de uma pega correta; apoiei a mãe durante a mamada.

Frequentemente, as mães demonstraram preocupação e questionaram-me sobre como poderiam reconhecer que o seu RN estava a receber o leite materno

que necessita. Fundamentando-me na recomendação da The United Kingdom Committee for UNICEF [s.d], expliquei que um RN alimentado de forma adequada mama entre 8 a 12 vezes por dia; está geralmente calmo e relaxado durante a mamada e fica satisfeito após esta, a maioria das vezes; apresenta sucções rítmicas e profundas, sendo possível ouvir a deglutição a partir do terceiro ou quarto dia de vida; está acordado e alerta para as mamadas; no primeiro e segundo dia de vida, apresenta pelo menos 1 dejeção de mecônio na fralda e a partir do terceiro dia, apresenta pelo menos 2 dejeções de fezes amareladas; urina na fralda, apresentando pelo menos 2 fraldas molhadas no primeiro e segundo dia de vida, e a partir do sexto dia, apresenta mais de 6.

A mãe sentir as mamas confortáveis também é um sinal de que o RN está a receber todo o leite que necessita (The United Kingdom Committee for UNICEF, s.d). Pois, caso contrário, esta sentiria um enorme desconforto associado a mamas cheias e dolorosas.

Ao longo dos EC, também tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a puérperas com dificuldades e complicações associadas à amamentação, tais como: ingurgitamento mamário, bloqueio dos ductos, mastite e mamilos dolorosos e com fissuras. Nestas situações, foi necessário apoiar e educar as puérperas para o autocuidado, envolvendo o CS, informando sobre as causas das complicações e educando sobre medidas de autocuidado que as tratam e previnem (pretendendo evitar a sua recorrência).

Vivenciei uma situação de cuidados na qual a puérpera não tinha capacidade para realizar a extração do leite, devido à dor intensa que tinha na mama, causada pelo ingurgitamento mamário e bloqueio dos ductos. Sob seu consentimento informado tácito, numa lógica de cuidados totalmente compensatória, realizei uma leve massagem, com os dedos, sobre a zona obstruída, seguida por uma leve pressão no sentido do mamilo, de forma a esvaziar aquela parte da mama. Também realizei a extração manual do leite materno até a mama ficar mole, atendendo à sensibilidade da puérpera. Estas medidas foram precedidas da aplicação de compressas quentes sobre a mama, uma vez que promove a vasodilatação e ajuda o leite a fluir (WHO, 2009). Aproveitei este momento para também ensinar e demonstrar ao CS, que nesta situação era o seu marido, como apoiar e assistir a puérpera na extração do leite.

Ainda relativamente à amamentação, constatei que muitas situações complexas de cuidados, onde estão presentes várias complicações para a saúde em simultâneo, decorrem da incapacidade da puérpera para implementar ações de autocuidado. Assim, é evidente a enorme importância do apoio contínuo e da educação, proporcionados pelo EEESMO, na capacitação da mulher para o autocuidado, tendo como objetivos a resolução de dificuldades e a prevenção de complicações para a saúde, associadas à amamentação.

Por último, mas não esgotando as vivências e aprendizagens desenvolvidas a partir da prática de cuidados de enfermagem especializados em contexto de EC, durante o ER tive oportunidade de cuidar de uma parturiente/puérpera, envolvendo o seu CS, numa situação de alteração morfológica e funcional do RN, nomeadamente: lábio leporino e fenda palatina.

A mulher tinha conhecimento deste defeito estrutural desde o período pré-natal. Após o nascimento do RN, por parto eutócico, este foi observado por um médico da neonatologia. Uma vez que se encontrava estável, sob consentimento da puérpera, foi realizado o contacto pele com pele entre esta e o RN, durante a primeira hora de vida. Depois foi transferido para a Unidade de Neonatologia.

No curto período em que cuidei desta família, procurei apoiar a mulher e o seu CS (neste caso, a sua mãe), incentivando-as a colocarem as suas dúvidas e a expressarem os seus sentimentos, emoções e preocupações, aceitando as suas reações emocionais, informando sobre alguns aspetos relacionados com o defeito estrutural e assistindo a mãe e o RN na realização do contacto pele com pele. Através do meu comportamento, procurei ainda transmitir àquela família quão especial era aquele RN, tal como todos aqueles que nascem sem qualquer alteração morfológica. Nesta situação, teria sido muito importante as seguintes intervenções: encorajar e assistir a puérpera na extração do seu colostro, na primeira hora após o nascimento, de forma a estabelecer o início da lactação (WHO, 2009); realizar o ensino sobre os benefícios do leite materno para o seu RN, reforçando que é adaptado às suas necessidades nutricionais e que está associado a uma menor incidência de infeções (WHO, 2009); encorajar e ensinar que a extração do leite materno deverá ser feita no mínimo 8 vezes em 24 horas e como armazená-lo, de forma a manter a lactação e a armazenar leite para ser oferecido ao RN quando este iniciar a alimentação entérica (WHO, 2009).

LIMITAÇÕES

Ao longo da condução do projeto “O cuidado do EEESMO em torno da episiotomia seletiva” e da elaboração do presente relatório, foram sentidas algumas limitações.

Perspetivando para um futuro próximo a conceção, planeamento e implementação de novos projetos de aprendizagem, tendo em vista o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a condução de trabalhos de investigação, é importante refletir sobre estas limitações, de forma a poder antecipá-las e estar habilitada para superá-las.

A condução de um trabalho de investigação foi para mim uma enorme dificuldade. Talvez porque naqueles em que participei estive sempre inserida num grupo de trabalho, no qual era realizada uma divisão das tarefas pelos seus elementos constituintes. Desta forma, acabei por não aprofundar conhecimentos e saberes em torno do Processo de Investigação em Enfermagem.

Contudo, guiando-me por seis artigos de uma nova série sobre revisões sistemáticas do JBI (2014) e pelo Reviewer’s Manual (JBI, 2014) consegui compreender a metodologia para a realização de uma RSL e conduzir de forma correta e rigorosa a minha revisão.

O facto de não ter identificado todos os estudos de investigação relevantes para a questão colocada limitou os resultados da revisão e, consequentemente, impossibilitou-me de sintetizar toda a evidência disponível a respeito da problemática em estudo. A partir do site da ESEL estão acessíveis plataformas de pesquisa e bases de dados para consulta. Considero que devia ter realizado uma pesquisa mais abrangente, aproveitando melhor os recursos disponíveis.

Outra limitação importante deste trabalho foi não ter sentido um apoio constante para a implementação de Práticas Baseadas em Evidência Científica, durante o ER.

Procurei este apoio partilhando o conhecimento obtido através da leitura de artigos de investigação, revisões da literatura e das sessões letivas, e propondo a implementação de práticas específicas. Ainda que a resposta a estas propostas tenha sido positiva, no momento da sua implementação, a orientação

que me foi dada foi noutra direção, isto é, na direção daquilo que é a prática instituída.

De forma a ultrapassar esta limitação, aproveitei os momentos em que estava sozinha com a grávida/parturiente/puérpera e o CS para implementar práticas baseadas em evidência científica e, de seguida, enunciava a minha intervenção ao orientador de local de estágio, conjuntamente com a sua fundamentação. Também aproveitei a autonomia adquirida ao longo do ER para implementar estas práticas. Importa referir que a minha ação foi sempre ponderada e fundamentada, nunca colocando em risco o bem-estar materno e fetal, e sob consentimento informado tácito da mulher.

CONCLUSÃO

No local onde realizei o ER, a episiotomia é, sem dúvida alguma, realizada de forma seletiva pelo EEESMO. No entanto, muito mais poderia ser feito no sentido da otimização do processo fisiológico do TP e na promoção do conforto da mulher durante este processo, evitando, assim, medidas interventivas desnecessárias.

Algumas práticas implementadas durante o TP, em situações de baixo risco, não apresentam quaisquer benefícios para a saúde da mulher e do RN, chegando a tornar-se prejudiciais. A evidência científica atual é clara a respeito destas intervenções, não se justificando a continuidade da sua implementação.

Através da análise crítica e reflexiva sobre os resultados da minha prática de cuidados em contexto de EC e ER, conjuntamente com os resultados da revisão da literatura, compreendi que a massagem perineal pré-natal, o apoio efetivo e contínuo prestado pelo EEESMO, a deambulação e a liberdade de movimentos durante o TP, a ingestão de líquidos e de alimentos, a utilização de água quente, a escolha de uma posição de parto em que a parturiente se sinta confortável, a descida passiva do feto durante a fase latente do segundo estágio do TP, os esforços expulsivos espontâneos, a técnica *hands on* e a manobra de Ritgen são medidas que diminuem a incidência de trauma perineal.

Já a episiotomia rotineira, os esforços expulsivos dirigidos (iniciados na fase latente do segundo estágio do TP e incentivando a sustentação prolongada da respiração), e a estimulação perineal são práticas que estão associadas a maior incidência de trauma perineal e a subseqüentes complicações.

Relembrando a situação em que resultou uma laceração de 3º grau, ainda que estivessem presentes vários fatores de risco para a sua ocorrência, creio que esta poderia ter sido prevenida se tivesse sido identificada a variedade antes da expulsão da cabeça fetal e se tivessem sido implementadas medidas de proteção do períneo congruentes com a variedade.

Face a estes resultados, entendo que é necessário investir na formação dos profissionais de saúde que intervêm na área da Saúde Materna e Obstétrica insistindo numa prática baseada em evidência, transparecendo a evidência associada às práticas de cuidados atualmente implementadas, para que

reconheçam o caminho que estão a seguir e mudem a sua direção, sendo a sua principal preocupação, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados tendo em vista resultados de excelência no acompanhamento da mulher durante o período pré-natal, o TP e pós-parto.

Quando iniciar o meu percurso profissional enquanto EEESMO, pretendo apoiar e educar a mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo, envolvendo o CS, de maneira a capacitá-los a participarem ativamente e de forma segura nas diferentes etapas do seu ciclo reprodutivo, tendo como fundamento a Deontologia Profissional de Enfermagem e evidência científica recente e pertinente. Concomitantemente, considero fundamental o papel do EEESMO na educação para a saúde, a qual deverá ser implementada em cada oportunidade de contacto com estes intervenientes. Saliento os momentos proporcionados pelas Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e as sessões de Preparação para o Nascimento. No entanto, este cuidado não deverá ser restringido a estes contextos. Afinal, são várias as mulheres em TP que chegam aos blocos de partos sem terem pleno conhecimento das medidas associadas a resultados maternos e fetais/neonatais positivos, a maior conforto e alívio da dor, a maior satisfação materna com a sua experiência do TP e nascimento.

Também relevo o papel fundamental do EEESMO no apoio contínuo e efetivo proporcionado à mulher durante o TP, tal como foi explicitado no segundo capítulo deste trabalho, porque considero que a autoconfiança da mulher para lidar com a dor inerente ao TP e para parir, e a sua capacidade para cuidar de si própria e do RN são influenciadas de forma positiva, ou negativa, pelo ambiente no qual ela se encontra e por cada pessoa que dela cuida, afetando, por sua vez, os resultados maternos e neonatais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Nurse-Midwives (2014). *Evidence-Based Practice: Pearls of midwifery*. [s.l]: American College of Nurse-Midwives Inc., slide share.
- Aromataris, E. & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *The American Journal of Nursing*. Vol. 114 (3). 53-58.
- Aromataris, E. & Riitano, D. (2014). Constructing a Search Strategy and Searching for Evidence. *The American Journal of Nursing*. Vol. 114 (5). 49-54.
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. [s.l]. Ordem dos Enfermeiros.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B. (2010). *O grande livro da criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (12ª ed.) Barcarena: Editorial Presença.
- Carroli, G. & Belizan, J. (1999). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. N.º: CD000081, 1-56.
- Cepêda, T., Brito, I. e Heitor, M. J. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, Manual de Orientação para profissionais de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Deodato, S., Martins, C. e Carneiro, T. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

EURO-PERISTAT (2010). *European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Paris: INSERM

Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa Parto Normal, Documento de consenso*. [s.l.]. FAME.

Fitne: Leaders in Technology for Healthcare Education (1988). *Dorothea Orem – Self-Care Framework* (vídeo). [s.l.]: Fitne. Documento audiovisual. 2:35 min.

Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V. & Heidan, T. (2011). The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (8). 1040-1046.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. e Winkelstein, M. L. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice 2010, Revised 2013*.

Jansen, L. Gibson, M., Bowles, B. C. e Leach, J. (2013). First do no Harm: interventions during childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22 (2), 83-92.

King, T. L. & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (6), 572-585.

Levy, L. e Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Unicef Portugal.

- Luna, M. S., Alonso, C. R. P., Mussons, F. B., Urcelay, I. E., Conde, J. R. C., Narbona, E. y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeiras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. Vol. 71 (4). 349-361.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5ª ed.) Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [s.d]. *Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com Qualidade*. [s.l]. Ordem dos Enfermeiros.
- Meyvis, I., Rompaey, B. V., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E. & Mistiaen, W. (2012). Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth Issues in Perinatal Care*, 39 (2). 115-120.
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. e Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed.) Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*.
- Nursing & Midwifery Council (2015). *The Code, Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives*. Londres: Nursing & Midwifery Council.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem, Tomada de posição*. Acedido em: 30-08-2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido em: 06-07-2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. [s.l.]. Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *NURSING, Concepts of Practice*. (6th ed.) Missouri: Mosby, Inc. A Harcourt Health Sciences Company.

Perry, S., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Willson, D. (2014). *Maternal Child Nursing Care*. (5th ed.) Canadá: Elsevier.

Pietras, J. & Taiwo, B. F. (2012). Episiotomy in Modern Obstetrics - Necessity Versus Malpractice. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 21 (4), 545-550.

Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C. e Marques, R. (2012). *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada»*, acordado e assinado a 28 de janeiro de 2010. [s.l.]. Ordem dos Enfermeiros.

- Porritt, K., Gomersall, J. & Lockwood, C. (2014). Study Selection and Critical Appraisal. *The American Journal of Nursing*. Vol. 114 (6). 47-52.
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y. & Jones, G. D. (2013). *Oxorn-Foote Human Labor & Birth*. (6th ed.), [s.l].: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8662-8666.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012). *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais*.
- Stern, C. & McArthur, A. (2014). Developing the Review Question and Inclusion Criteria. *The American Journal of Nursing*. Vol. 114 (4). 53-56.
- Suto, M., Takehara, K., Misago, C. & Matsui, M. (2015). Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60 (4). 419-427.
- The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute
- The Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour, Care of the Perineum*. [s.l] [s.n]

- Tomey, A. M. e Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Torres, G. V., Davim, R. M. B. e Nóbrega, M. M. L. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 7 (2). 47-53.
- Underdown, A. & Barlow, J. (2012). *Maternal Emotional Wellbeing and Infant Development, A Good Practice Guide for Midwives*. Londres: The Royal College of Midwives.
- The United Kingdom Committee for UNICEF [s.d]. *Breastfeeding assessment form for mothers and midwives*. Acedido em: 15-10-2015. Disponível em: https://353ld710iigr2n4po7k4kgvv-wpengine.netdna-ssl.com/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2010/11/breastfeeding_assessment_tool_mat.pdf
- World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding – Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

Apêndice 1.

Artigo n.º 1: Suto, Takehara, Misago & Matsui, 2015.

JBICritical Appraisal Checklist for Descriptive / Case Series

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was study based on a random or pseudo-random sample?	X			
2. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
3. Was confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
4. Were outcomes assessed using objective criteria?	X			
5. If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X			
6. Was follow up carried out over a suficiente time period?	X			
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9. Was appropriate statistical analysis used?			X	
Total	8		1	

Artigo n.º 1

Identificação do estudo	Título	<i>Prevalence of perineal lacerations in women giving birth at midwife-led birth centres in Japan: a retrospective descriptive study.</i>
	Autor	Suto, M., Takehara, K., Misago, C. & Matsui, M.
	Ano da publicação	2015
Objetivo do estudo	Acrescentar aos dados sobre a prevalência de lacerações perineais e determinar fatores relacionados a resultados perineais em mulheres que têm partos espontâneos de baixo risco em centros de nascimentos japoneses.	
Tipo de estudo	Descritivo retrospectivo	
Amostra	Incluiu 1521 mulheres grávidas de feto único, de apresentação cefálica, sem risco médico, obstétrico e neonatal, que tiveram um parto vaginal espontâneo normal, em um dos 3 centros de nascimento em Tóquio, entre 1 de janeiro de 2008 e 30 de junho de 2011.	
Colheita e análise dos dados	As lacerações perineais foram classificadas por graus: 1º, 2º, 3º ou 4º grau. Pequenas escoriações e lacerações superficiais que não exigem sutura foram incluídas na categoria períneo intacto. Estatística descritiva foi utilizada para descrever as características das mulheres e a prevalência de lacerações. Os resultados foram analisados separadamente para nulíparas e multíparas. Análise de dados bivariada foi utilizada para determinar a relação entre a prevalência de lacerações perineais e as complicações maternas e neonatais. Análise de regressão linear múltipla foi realizada para controlar vários potenciais fatores de confusão para a ocorrência de laceração perineal.	

Resultados

Este estudo revelou que a prevalência de trauma perineal é relativamente baixa e que períneos intactos e lacerações de 1º grau são dominantes em

nulíparas e multíparas sem intervenções médicas ou farmacológicas invasivas (tais como episiotomia, vácuo, fórceps, ou analgesia epidural), em centros de nascimento no Japão.

Os fatores de risco estatisticamente significativos para o trauma perineal em nulíparas e multíparas são: idade materna superior, ou igual a 35 anos, parir na posição de gatas, parir utilizando uma cadeira de parto e parir dentro de água.

Implicações para a prática

Com o apoio adequado do EEESMO, mais de 99% das mulheres de baixo-risco não necessitam de episiotomia.

Respeitar o processo fisiológico do parto e praticar cuidados maternos humanizados, que limitam intervenções médicas desnecessárias e facilitam o parto normal. Portanto, não alterar forçosamente o processo natural do TP, esperar até que o períneo distenda naturalmente e encorajar os esforços expulsivos espontâneos.

Artigo n.º 2: King & Pinger, 2014.

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Synthesis

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?			X	
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?			X	
3. Was the search strategy appropriate?			X	
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?			X	
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X			
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	X			
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	X			
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	X			
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X			
11. Were the specific directives for new research appropriate?			X	

Artigo n.º 2

Identificação do estudo	Título	<i>Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery</i>
	Autor	King, T. L. & Pinger, W.
	Ano da publicação	2014
Objetivo do estudo	Resumir a evidência científica que suporta as 13 práticas de cuidados intraparto associados a resultados ótimos de nascimento.	
Tipo de estudo	Revisão da literatura	

Resultados

As posições verticais durante o primeiro estágio do TP estão associadas a uma duração mais curta do TP, menos dor reportada e a menos analgesia epidural. A deambulação e a liberdade de movimentos promovem a progressão do TP, diminuem a duração do primeiro estágio do TP e aumentam o conforto da mulher.

A utilização da posição de gatas, durante o primeiro estágio do TP, promove a rotação de occipício-posterior para occipício-anterior e diminui a dor persistente nas costas.

A utilização de água quente durante o TP ativo diminui a utilização de analgesia e a dor reportada.

O apoio contínuo durante o TP está associado a mais partos vaginais espontâneos, TP mais curto, maior satisfação materna e menor utilização de analgesia.

Comparativamente com a auscultação intermitente, a monitorização contínua da FCF aumenta o número de partos por cesariana, vácuo e fórceps, e não faz diferença na mortalidade perinatal, paralisia cerebral e nos scores do Índice de Apgar aos 5 minutos.

Os esforços expulsivos sustentados pela manobra de Valsalva aumentam as desacelerações da FCF, a fadiga materna e as lacerações perineais, e diminuem a função uroginecológica e os valores do pH do cordão umbilical.

Os esforços expulsivos com a glote aberta resultam num segundo estágio do TP mais curto, sem intervenções e com melhores resultados para o RN.

A descida fetal passiva resulta no aumento das hipóteses de parto espontâneo, risco reduzido de parto instrumentado e na diminuição da duração dos esforços ativos.

A massagem perineal pré-natal diminui a necessidade de episiotomia.

As práticas que ajudam a diminuir a incidência de lacerações perineais incluem a massagem perineal pré-natal, a aplicação de compressas quentes imediatamente antes do parto, parir na posição lateral e controlar a extensão da cabeça lentamente e entre as contrações.

Implicações para a prática de enfermagem

Encorajar a liberdade de movimentos e várias posições durante o TP.

Apoiar continuamente a mulher durante o TP através do apoio emocional, medidas de conforto, informação e sua defesa.

A auscultação intermitente é o método ideal para monitorizar a FCF durante o TP de baixo risco, permitindo a liberdade de movimentos e as posições verticais e promovendo a progressão natural do TP.

Desencorajar a manobra de Valsalva durante os esforços expulsivos e encorajar e apoiar os esforços expulsivos espontâneos.

Esperar pacientemente pela vontade natural da mulher para realizar os esforços expulsivos e encorajar e providenciar assistência no processo natural de esforços expulsivos.

Ensinar às mulheres interessadas a massagem perineal pré-natal para prevenir lacerações perineais.

Aplicar calor no períneo utilizando compressas quentes, imediatamente antes do parto.

Encorajar a posição lateral durante o período expulsivo.

Artigo n.º 3: Meyvis, Rompaey, Goormans, Truijen, Lambers, Mestdagh & Mistiaen, 2012.

JBICritical Appraisal Cheklist for Descriptive / Case Series

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was study based on a random or pseudo-random sample?	X			
2. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
3. Was confounding factors identified and strategies to deal with them stated?			X	
4. Were outcomes assessed using objective criteria?	X			
5. If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	X			
6. Was follow up carried out over a suficiente time period?	X			
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?			X	
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9. Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	7		2	

Artigo n.º 3

Identificação do estudo	Título	<i>Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births.</i>
	Autor	Meyvis, I., Rompaey, B. V., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E. & Mistiaen, W.
	Ano da publicação	2012
Objetivo do estudo	Investigar os efeitos da posição materna (lateral vs. litotomia) e outras variáveis na ocorrência de trauma perineal.	
Tipo de estudo	Transversal retrospectivo.	
Amostra	Incluiu 557 mulheres com gestações entre 37 e 42 semanas, que tiveram um parto eutócico, entre novembro de 2008 e novembro de 2009, no hospital Antwerp na Bélgica.	
Colheita e análise dos dados	<p>As variáveis dependentes são os resultados perineais (períneo íntegro, lacerações perineais grau 1, 2 e 3 e episiotomia). As variáveis independentes incluem a posição de parto (lateral vs. litotomia) características demográficas, paridade, motivo de admissão, peso ao nascer, medicação (oxitocina ou/e prostaglandinas), profissional que assiste o parto e analgesia epidural.</p> <p>Ambas as posições (lateral vs. litotomia) foram comparadas utilizando o teste <i>t</i> para variáveis contínuas e o teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Para estudar os efeitos da posição durante o parto nos resultados perineais, foi também realizada análise univariada. As variáveis significativas da análise univariada foram introduzidas na análise multivariada (análise de regressão lógica).</p>	

Resultados

As mulheres que pariram na posição lateral apresentaram mais lacerações de 1º e 2º grau (23,9% e 20,1%), comparativamente com aquelas que pariram na posição de litotomia (16,7% e 13,8%). No entanto, nas mulheres que pariram

na posição lateral a episiotomia foi executada menos frequentemente (6,7% vs. 38,1%). A percentagem de períneos intactos foi significativamente maior na posição lateral (45,9% vs. 27,8%). A incidência de episiotomias foi menor quando o parto foi assistido por uma parteira (2%) comparativamente com quando o parto foi assistido por um médico (variando de 10% a 40%). A percentagem de períneos intactos foi maior nas mulheres que pariram assistidas por uma parteira (58% vs. 30%).

Portanto, parir na posição lateral resulta em menos trauma perineal quando comparado com parir na posição de litotomia. A probabilidade de um períneo intacto aumenta nos partos assistidos por parteiras.

Implicações para a prática

Educar para a saúde as grávidas e parturientes, envolvendo os seus CS, sobre as posições de parto e apoiá-las na sua escolha, no sentido de encontrarem a posição mais confortável durante o parto.

Artigo n.º 4: Foroughipour, Firuzeh, Ghahiri, Norbakhsh & Heidan, 2011.

JBICritical Appraisal Checklist for Randomised Control / Pseudo-randomised Trial

Criteria	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the assignment to treatment groups truly random?			X	
2. Were participants blinded to treatment allocation?		X		
3. Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?	X			
4. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5. Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?	X			
6. Were the control and treatment groups comparable at entry?	X			
7. Were groups treated identically other than for the named interventions?	X			
8. Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10. Was appropriate statistical analysis used?	X			

Artigo n.º 4

Identificação do estudo	Título	<i>The effect of perineal control with hands-on and hands-poised methods on perineal trauma and delivery outcome.</i>
	Autor	Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V. & Heidan, T.
	Ano da publicação	2011
Objetivo do estudo	Avaliar e comparar o efeito dos métodos <i>hans-on</i> e <i>hands-poised</i> no trauma perineal (severidade das lacerações perineias, necessidade de episiotomia, dor perineal, hemorragia e hematoma), hemorragia pós-parto, duração de cada estágio do TP e Índice de APGAR.	
Tipo de estudo	Estudo clínico randomizado controlado.	
Contexto do estudo	Sala de partos do Hospital Shariati, de 23 de outubro de 2008 a 23 de outubro de 2009.	
Amostra	Incluiu 100 primíparas, com idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos, parto eutócico de termo e apresentação cefálica. A amostra foi dividida em dois grupos, cada um constituído por 50 mulheres: em um grupo foi realizado o método <i>hands-on</i> e no outro grupo foi realizado o método <i>hands-poised</i> , durante o nascimento da cabeça fetal.	
Colheita e análise dos dados	Os dados foram colhidos utilizando um questionário e analisados utilizando o software aplicativo Statistical Package for the Social Sciences.	
Resultados		
O método <i>hands poised</i> está associado a menos trauma perineal, particularmente menor necessidade de episiotomia (84% no grupo <i>hands-on</i> vs. 40% no grupo <i>hands poised</i>).		
Implicações para a prática		
Implementar a técnica <i>hands poised</i> no cuidar da mulher durante o TP.		

Apêndice 2.

INSTRUMENTO DE REGISTO DA INTERAÇÃO

Data: _____	Parturiente e contacto tel.: _____	Notas:
Idade / naturalidade / raça / habilitações literárias / antecedentes relevantes	_____ _____ _____ _____ _____ _____	
IO / IG	____ ____ ____ ____ / _____	
Vigilância gravidez	Onde: _____ Quem: _____ Nº consultas: _____	
Curso de preparação para o nascimento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quem _____ <i>Foi abordado e praticou:</i> - O que é a episiotomia <input type="checkbox"/> - Seletiva ou rotineira <input type="checkbox"/> - Indicações <input type="checkbox"/> - Massagem perineal pré-natal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Exercícios de Kegel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Calor no períneo <input type="checkbox"/> - Posições TP <input type="checkbox"/> - Esforços expulsivos espontâneos: o que são e como se realizam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TP	Convivente significativo presente: _____ Complicações: _____ _____ _____ _____	

Medidas de autocuidado implementadas durante o TP

Sistema de apoio-educação:

Mobilidade ao longo do TP: ☐

- Deambulação

- Mudança de posição ☐

- Bola de pilatos ☐

Utilização de água quente durante TP:

- Duche ☐

Apoio contínuo ao longo do TP:

- Convivente significativo ☐

- EEESMO/AEEESMO ☐

Técnicas de relaxamento:

- Massagem ☐

- Respiração ☐

Adequação da luz ☐ música ☐

Ingesta de líquidos ☐

Tomada de decisão episiotomia ☐

Esforços expulsivos:

- Manobra de Valsalva ☐

- Esforços expulsivos com a glote aberta ☐

Sistema parcialmente compensatório:

Adequação da luz ☐ música ☐

Técnica de relaxamento:

- Respiração ☐

Bola de pilatos ☐

Esforços expulsivos dirigidos ☐

Sistema totalmente compensatório:

Massagem ☐

Calor no períneo ☐

Hands-poised ☐

Hands-on ☐

Manobra de Ritigem modificada ☐

Episiotomia

- Tomada decisão _____

- Realização ☐

Resultados

☐ Períneo íntegro

Traumatismo perineal:

☐ Episiotomia

☐ Laceração grau ____ e local ____

Consentimento informado episiotomia:

Sim: ☐ Não: ☐

Sutura perineal:

☐ Episiorrafia

☐ Perineorrafia

Dor perineal:

Intensidade (escala numérica): _____

Fatores que agravam: _____

Fatores de alívio: _____

Seu impacto:

- Imediato _____

- Precocemente: _____

- Tardio: _____
